Niveau(x) d'enseignement : 8 Numéro EDUC : 9270589
Centre d'intérêt : 851

Gilbert, Jacqueline

Elaboration d'une planification régionale pour la participation des milieux à la formation clinique en ergothérapie / par Jacqueline Gilbert -- [Hull?] : J. Gilbert, 1992
ix, 314 f. : ill. ; 28 cm

Titre de la couv. Comprend du texte en anglais. "Mémoire présenté à l'Université du Québec à Hull comme exigence partielle de la maîtrise en éducation". Bibliogr. : f. [155]-159

Vedette(s)-secondaire(s) : Université du Québec à Hull

Descripteur(s) : Planification • Stage • Formation professionnelle • Changement • Changement d'attitude • Questionnaire • Universitaire (Ordre d'enseignement)

Identificateur(s) de nom : Outaouais

Identificateur(s) de sujet : Ergothérapie • Formation clinique

Cette recherche décrit le cheminement d'un groupe de gestionnaires dont le mandat est de proposer une solution régionale (Ottawa-Hull) à la pénurie de places de stage nécessaires à la formation des ergothérapeutes. La première partie vise à mettre en évidence la rigueur de la démarche. On y trouve un compte rendu précis de la recherche où sont présentés la problématique, les fondements théoriques, méthodologiques et éthiques, le déroulement de l'action et les résultats de l'intervention. La deuxième partie témoigne plus particulièrement d'un effort d'intégration. L'analyse est faite selon une grille de lecture critique et réflexive. On critique dans un premier temps certains éléments des fondements de la recherche et on présente les ajustements faits lors du déroulement de l'action. Par la suite, on fait état de la nouvelle compréhension de la réalité qui a émergé lors de l'analyse des données, on présente les apprentissages faits et les savoirs générés et on procède à une évaluation de la recherche. Un questionnaire d'opinion sur la formation clinique figure à l'appendice B.

Type de document :

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A HULL

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN EDUCATION

par

JACQUELINE GILBERT

ELABORATION D'UNE PLANIFICATION REGIONALE POUR LA PARTICIPATION DES MILIEUX A LA FORMATION CLINIQUE EN ERGOTHERAPIE

JANVIER 1992

A la mémoire de mon père
à qui je dois la soif d'apprendre
et le goût de la terre.

Jacqueline Gilbert

AVANT-PROPOS

Ce document est la synthèse d'une démarche personnelle et professionnelle et a comme fonction de communiquer à la communauté universitaire, professeurs et étudiants le résultat de mon processus de résolution de problème . Ce travail d'analyse a permis l'émergence d'une nouvelle compréhension de la problématique de la formation clinique et les résultats obtenus me stimulent à poursuivre mon travail. J'espère que mes collègues étudiants, jeunes chercheurs et chercheures trouveront dans ce compte-rendu quelques réflexions utiles à leur propre processus de recherche.

Ce document vise aussi à enrichir la banque de données sur la recherche-action que l'on travaille encore à définir. En tant qu'ergothérapeute, je suis sensible à cet aspect car ma profession s'est d'abord développée sur une base intuitive. C'est par la pratique et l'analyse de l'expérience que les cadres théoriques en ergothérapie ont pu être élaborés. La recherche-action s'inscrit dans un schème de valeurs naturalistes et elle est à mes yeux une alternative intéressante aux pratiques plus traditionnelles de recherche en "sciences santé". Il me semble important de contribuer à cette banque de données.

J'aimerais remercier ma co-tuteure, Mme Gaétane Payeur qui m'a guidée tout au long de cette démarche. Sa grande perspicacité et ses interventions judicieuses m'ont apporté un nouvel éclairage à des moments chaotiques. Je lui suis très reconnaissante pour son appui. Mes remerciements vont aussi à Mme Claire-Jehane Dubouloz directrice du programme d'ergothérapie de l'université d'Ottawa, qui a cru en ce projet et en mes capacités de le mener à bien, à M. Marcel Desrosiers qui m'a aidée à la conception graphique et à Mme Danielle Massicotte, membre du groupe de recherche, dont l'attitude positive face à la problématique et le côté visionnaire ont contribué au succès des résultats obtenus. Je ne saurais taire l'apport particulier de Mme Marie-Agnès Huberlant dont la critique a permis d'améliorer la qualité du texte.

TABLE DES MATIERES

PAGE

AVANT-PROPOS.....ii

TABLE DES MATIÈRES.....iii

LISTE DES TABLEAUX.....v

LISTE DES SCHEMAS.....vi

INTRODUCTION.....1

PREMIÈRE PARTIE. COMPTE-RENDU DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I. La problématique.....3

Le lieu de la recherche. La situation problématique. Les objectifs de la recherche. Les caractéristiques du groupe de preneurs de décision. Les limites de la recherche.

CHAPITRE II. Les fondements théoriques, méthodologiques et éthiques.....9

1. Les fondements théoriques.....10

Une définition du changement. La planification du changement. Le processus de changement. Une intervention à trois niveaux en vue d'un changement d'attitude. La motivation et responsabilisation du personnel. La confluence comme outil de concertation. La créativité.

2. Les fondements méthodologiques.....29

Le méta-concept de recherche-action. Le processus individualisé de recherche-action. L'intégration des trois finalités. Le déroulement de l'action. La cueillette de données, approches quantitatives et qualitatives.

3. Les fondements éthiques.....41

CHAPITRE III. Le déroulement de l'action.....43

La formation du groupe. Le processus de diagnostic. Le processus de quête divergente de solution. Le processus de quête convergente de solution. Le processus de décision.

CHAPITRE IV. Les résultats de l'intervention.....71

Le concept de responsabilité partagée. La perception des cliniciens. La planification régionale.

DEUXIÈME PARTIE. SYNTHESE DE LA REFLEXION ET DES CONNAISSANCES

CHAPITRE V. Une analyse critique.....85

1. Les fondements de la recherche.....85

La recherche-action. Les méthodes de cueillette de données. La dimension éthique. La pertinence des cadres théoriques utilisés et leur complémentarité.

2. Le déroulement de l'action 97

Le ralentissement du rythme. Le renforcement des interactions de groupe. Le mandat initial et les conditions d'efficacité. Le processus de transformation du groupe.

CHAPITRE VI. Une nouvelle compréhension de la réalité.....114

La motivation, un faux problème. Une remise en question du leadership. Une incohérence des systèmes éducation et santé.

CHAPITRE VII. Les apprentissages et savoirs générés.....126

Les apprentissages révélés par les actrices. Les apprentissages de la chercheure principale. Les savoirs. Un questionnement.

CHAPITRE VIII. L'évaluation de la recherche.....136

Les indices de changement. Les retombées de la recherche. La transférabilité de la recherche. Refaire la recherche. Un regard prospectif.

CONCLUSION.....153

BIBLIOGRAPHIE.....155

APPENDICES

A. Philosophie nationale de la formation clinique...160
B. Questionnaire d'opinion sur la formation clinique.....165
C. Contrat.....191
D. Fieldwork Content, CAOT Accreditation standards 1986.....192
E. Liste des activités réalisées comme mesures d'appui.....194
F. Article de E. Yerxa.....197
G. Besoins quantitatifs de l'université pour les trois prochaines années.....203
H. Formulaire d'évaluation de la recherche.....206
I. Rapport envoyé au ministère de la santé de l'Ontario.....209
J. Procès-verbal du 22 février 1990.....223
K. Procès-verbal du 16 mars 1990.....233
L. Procès-verbal du 6 avril 1990.....242
M. Procès-verbal du 27 avril 1990.....251
N. Procès-verbal du 18 mai 1990.....259
O. Procès-verbal du 8 juin 1990.....270
P. Procès-verbal du 22 juin 1990.....281
Q. Procès-verbal du 6 juillet 1990.....297
R. Procès-verbal du 7 septembre 1990.....310

LISTE DES TABLEAUX

Tableau — Page

1. Cueillette de données #1: la motivation à participer à la recherche.....46

2. Attitudes face à la formation clinique.....49

3. Cueillette de données #2: vote sur les défis à traiter.....52

4. Cueillette de données #3: vote sur la représentation graphique.....60

5. Cueillette de données #4: vote sur les normes régionales.....66

6. Liste des suggestions créatives.....68

7. Echéancier.....79

8. Evaluation de la recherche, satisfaction des participantes 138

9. Evaluation: composante émotive et éléments les plus significatifs mentionnés par les participantes.....139

LISTE DES SCHEMAS

Schéma		Page
I.	Triple finalité de la recherche-action	33
II.	Le processus individualisé de recherche-action	36
III.	Triple finalité de la recherche-action, adaptation à la présente recherche	32
IV.	Le logo	73
V.	La chaine	73
VI.	Le plan de promotion de la planification régionale	81

PREMIERE PARTIE

COMPTE-RENDU DE LA RECHERCHE

INTRODUCTION

L'implantation d'un changement au sein d'une communauté repose sur une planification rigoureuse de même que sur la collaboration active des gens concernés par la problématique. Il existe de nombreuses approches favorisant le cheminement d'un groupe et le choix que fait l'agent de changement d'une stratégie particulière est tributaire de sa vision du devenir de l'entreprise de même que de ses valeurs ou de sa conception du monde. Le processus de groupe qui fait l'objet de ce document s'inspire d'une optique naturaliste du monde.

La pénurie actuelle d'ergothérapeutes [1] jumelée à l'augmentation du nombre d'étudiantes dans ces programmes universitaires sont deux facteurs qui occasionnent à leur tour une pénurie importante de places de stage nécessaires à la formation de ces futures professionnelles. Ce contexte particulier appelle un ajustement de la communauté ergothérapique. Cette recherche décrit le cheminement d'un groupe de gestionnaires dont le mandat était de proposer une solution régionale à la situation.

La première partie de ce mémoire vise à mettre en évidence la rigueur de la démarche. Le lecteur y trouvera donc

---

[1]. L'ensemble des membres de la profession étant de sexe féminin, ce genre sera utilisé tout au long du texte sans discrimination pour l'unique participant masculin du groupe de recherche.

un compte-rendu précis de la recherche où seront présentés la problématique, les fondements théoriques, méthodologiques et éthiques, le déroulement de l'action et les résultats de l'intervention.

La deuxième partie témoigne plus particulièrement d'un effort d'intégration. L'analyse sera faite selon une grille de lecture critique et réflexive. Nous critiquerons dans un premier temps certains éléments des fondements de la recherche et présenterons les ajustements faits lors du déroulement de l'action. Par la suite, nous ferons état de la nouvelle compréhension de la réalité qui a émergé lors de l'analyse des données, nous présenterons les apprentissages faits et les savoirs générés et procèderons à une évaluation de la recherche.

CHAPITRE 1

La problématique

1. Le lieu de la recherche

Le programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa a ouvert ses portes en septembre 1986. Il s'agit d'une formation de quatre ans qui mène à l'obtention d'un baccalauréat en sciences santé, secteur ergothérapie. Depuis l'ouverture du programme, l'auteure agit à titre de coordonnatrice du volet clinique qui correspond à 30 crédits. La tâche consiste à concevoir les objectifs de stage, à trouver des milieux d'enseignement pratique,à former les superviseures, à assurer la communication entre l'université et les milieux, à implanter le programme, à l'évaluer et à le gérer.

La profession a traditionnellement compté sur les ergothérapeutes pour participer sur une base volontaire et bénévole à l'enseignement des dimensions pratiques et ainsi contribuer à l'intégration des connaissances. L'ouverture du programme dans la région a créé une demande additionnelle à l'égard des milieux en les invitant à s'insérer dans le

système éducatif via l'enseignement clinique. Dans le passé, ces milieux étaient sollicités par les quatre autres programmes d'ergothérapie d'Ontario et ce, uniquement pendant l'été. La contribution des milieux se résumait à recevoir quelques étudiantes annuellement. L'ouverture de notre programme impose donc un changement important dans la communauté ergothérapique qui est maintenant sollicitée sur une base continue. Il est à noter que la pénurie de places de stage est une problématique nationale qui a fait l'objet d'un symposium en mai 1989. Une philosophie nationale de la formation clinique y a été élaborée. Cette philosophie apparaît à l'appendice A.

2. La situation problématique

Lors de la conception de ce projet de recherche, les milieux avaient déjà été sollicités à deux occasions et le taux de participation à la formation clinique suffisait tout juste à répondre aux besoins quantitatifs du moment qui iraient en s'accroissant avec les années. En effet, le programme atteindra son plein fonctionnement en 1994 ce qui nécessitera 180 places de stage annuellement. Or, il n'y a que 150 ergothérapeutes dans la région immédiate d'Ottawa-Hull.

L'expérience des deux dernières années nous avait permis

de réaliser que chaque milieu participant, riche de sa propre culture organisationnelle, présente une complexité parfois difficile à cerner. De plus, la fonction première de ces milieux relève du système de dispensation des soins de santé et il semble parfois difficile d'y ajouter cette fonction éducative. Plusieurs résistances faisaient obstacle à une participation accrue; il est important de noter que les cliniciennes unilingues anglaises ne peuvent pas enseigner à l'université, la langue d'enseignement étant le français. Cependant, nous les sollicitons pour participer à l'enseignement clinique. Cette situation génère indéniablement une frustration même si elle n'est pas exprimée clairement.

3. Les objectifs de la recherche

Cette recherche vise un changement d'attitude de la communauté ergothérapique face à la formation clinique. La chercheure est intéressée à comprendre, en action, le processus de transformation qui se vivra afin de pouvoir intervenir de façon plus efficace dans cette communauté. A cet objectif de recherche se greffe un objectif d'action qui consiste à élaborer de façon collaborative une planification régionale de la participation des milieux à la formation clinique en ergothérapie. Il s'agit donc de sensibiliser les preneurs de décision face à la pénurie de places de stage, de

renforcer le sentiment de responsabilité partagée face à la formation clinique et de valoriser cette tâche afin qu'émergent de nouvelles conceptions de co.laboration. Le tout doit se faire par la création d'un nouveau réseau de communication et un processus d'échanges réciproques entre les preneurs de décision des milieux cliniques participants et l'université.

Par preneurs de décision, nous entendons les chefs de service d'ergothérapie ou leurs déléguées, généralement des thérapeutes seniors, qui sont en mesure d'influencer les cliniciennes dans leur décision de superviser ou non des étudiantes. Ceci comprend les intervenantes de la région immédiate d'Ottawa-Hull.

4. Les caractéristiques du groupe de preneures de décision

On compte dans la région immédiate 17 services d'ergothérapie reconnus par l'université. 80% de ces milieux sont anglophones et sont dans la région d'Ottawa. Avant l'ouverture de notre programme les contacts entre les intervenantes des deux rives étaient presqu'inexistants. Depuis nombre d'années un comité des chefs de service de la région d'Ottawa se réunit régulièrement pour échanger sur diverses préoccupations. Cependant, ce comité est peu productif et aux dires de la présidente actuelle il ne semble

pas y avoir d'autre objectif qu'un échange d'information. Les membres semblent frustrées car il n'y a pas de résultats concrets. Malgré certains efforts de restructuration, le groupe demeure peu efficace. Il semble y avoir un climat de rivalité plutôt que de collaboration. Les représentantes du côté québécois ne font pas partie de ce groupe et il n'existe pas de regroupement formel du côté du Québec.

L'Université se situe au centre de cette dualité culturelle. Compte-tenu du petit bassin de praticiennes et du mandat du programme de former des ergothérapeutes bilingues, la participation de toutes les cliniciennes disponibles était souhaitée. La recherche a donc été ouverte aux intervenantes des deux côtés de la rivière et des deux cultures. C'était une première dans l'histoire de la région.

5. Les limites de la recherche

Cette recherche a pris fin lorsque la nouvelle planification régionale a été terminée. Il est à noter que le processus d'intervention qui consiste à implanter cette planification ne fait pas partie de la recherche. Ce nouveau plan devait être disponible pour le mois d'août, moment où les milieux doivent communiquer leurs offres de places de stage annuelles. L'encadrement devait être adéquat pour assurer le déroulement du processus dans les limites de temps

fixées et l'approche utilisée devait permettre d'équilibrer une orientation vers le processus de groupe et vers la tâche à accomplir. De plus, lors de la première présentation de ce projet aux ergothérapeutes, la réceptivité avait été très réservée à cause du manque de disponibilité et la crainte qu'il n'y ait du travail additionnel rattaché à la recherche. Tous ces éléments ont été pris en considération lors de la conception et de la réalisation de la recherche et ont limité l'intervention. La démarche de groupe a débuté en février 1990 et s'est terminée en septembre 1990 soit un mois plus tard que prévu.

CHAPITRE II

Les fondements théoriques, méthodologiques et éthiques

Il est clair qu'une approche uniquement intuitive ne peut suffire à augmenter la participation des milieux au volet clinique. En effet, les interventions périodiques des années passées ont réussi tout au plus à créer un certain climat d'ouverture face à l'université mais n'ont pas amené la quantité de participation souhaitée. Le changement d'attitude visée est donc le fruit d'une planification rigoureuse qui se doit de tenir compte des caractéristiques du groupe et viser l'efficacité tout en étant cohérente avec les valeurs de l'agente de changement. Ces éléments teintent grandement le choix des cadres théorique, méthodologique, et éthique et le choix des outils de cueillette de données.

1. Les fondements théoriques

Dans cette section nous présenterons un aperçu des diverses conceptions de la notion de changement tant en ce qui a trait à la dimension de la planification que du point de vue des processus sociaux qui y sont rattachés. Nous analyserons les concepts de changement d'attitude, de motivation au travail et de responsabilisation du personnel. Par la suite nous décrirons les stratégies que nous avons sélectionnées pour développer un savoir-faire essentiel à cette entreprise de changement à savoir la confluence et l'approche de créativité de Parnes.

1.1 Une définition du changement

Depuis plusieurs décennies on a tenté d'étudier le phénomène du changement afin d'essayer de mieux comprendre ce processus et les raisons qui font que certaines entreprises de changement réussissent, d'autres non. Collerette (1982, p.25) définit le changement comme "toute modification d'un état quelconque à un autre, qui est observée dans l'environnement et qui a un caractère relativement durable". L'auteur distingue la démarche, c'est à dire la suite logique des phases d'initiation, de promotion et d'implantation du changement et le processus qui réfère à la dimension du ressenti des acteurs impliqués. Huberman (1983) situe le

changement en termes de rupture avec l'habitude et la routine. Cet auteur réfère aux changements dans le monde de l'éducation en utilisant l'appellation d'innovation et les classifie en trois catégories à savoir les changements matériels, conceptuels et les changements dans les relations interpersonnelles. Il ajoute que la quantité de changement requise et sa nature influencent le délai nécessaire pour son implantation. Rogers (1978, p.76) définit le changement comme "un processus par lequel une modification se produit dans la structure et la fonction d'un système social." Ici le terme processus réfère aux deux constituantes à savoir la démarche et les composantes psycho-sociales. Enfin, les changements peuvent être plus ou moins complexes et Chin (1967) les classifie selon cinq niveaux de complexité. Un changement peut affecter un seul élément du système indépendamment et être sans conséquence évidente pour le reste du système. Il peut aussi arriver que ce changement ait des conséquences générales imprévues. Une autre catégorie regroupe les changements plus complexes qui causent une rupture de l'équilibre d'un système et provoquent la création d'une nouvel état de stabilité. Un changement peut aussi avoir des répercussions plus grandes en obligeant une restructuration sociale sur la base d'une redéfinition des normes et rôles. Enfin, le type de changement le plus complexe et aussi le

plus long vise une modification d'orientation des valeurs et résulte d'une pression continue des diverses influences sur le système. Tessier (1973) rappelle qu'une entreprise de changement est par définition transitoire en ce sens qu'elle débute à un moment donné et prend fin lorsque le nouveau comportement est stabilisé. Huberman (1983) souligne qu'un des facteurs critiques pour qu'un changement soit durable semble être rattaché à la conception que l'adoptant se fait des changements qu'il sera personnellement tenu de réaliser. Dans cette optique, l'accent doit être mis dans un premier temps sur les attitudes et plus tard sur l'instrumentation des clients à savoir les méthodes et pratiques à changer.

1.2 La planification du changement

La littérature anglaise réfère au terme "planned change" pour désigner le changement planifié. Or, il s'agit là d'une approche particulière de changement. Afin d'éviter toute confusion nous référerons ici à la planification du changement ou à l'entreprise de changement comme terme général. Tessier (1973, p.25) souligne qu'un " changement est planifié dans la mesure où il est intentionnel, où il s'inscrit dans le cadre d'un plan et découle d'une conception stratégique qui précède l'action et la guide." Une entreprise de changement met en jeu une institution avec une certaine structure de pouvoir,

des agents initiateurs et des clients ou destinataires du changement souhaité. Il existe plusieurs taxonomies des modèles ou entreprises de changement. Les stratégies de changement utilisées varient grandement selon les fondements idéologiques qui sous-tendent ces modèles. Présentant une vue d'ensemble des différents modèles de changement en éducation Huberman (1983) a retenu trois types d'approches les plus fréquemment mentionnées soit le modèle de recherche et de développement, le modèle d'interaction sociale et le modèle de résolution de problème. Le premier modèle met l'accent sur la traduction de la recherche fondamentale en connaissance appliquée. Le modèle d'interaction sociale s'oriente sur la diffusion de l'information entre les individus et les systèmes. Dans ce modèle, chaque individu passe par le cycle de prise de conscience, et d'adoption dans un processus de communication sociale avec ses collègues. Dans le modèle de résolution de problème, l'accent est mis sur l'utilisateur et part du présupposé qu'il a un besoin bien déterminé. Cette approche est fondée sur la participation. Havelock (1971) se rapportant à ces modèles suggèrent qu'ils font tous appel à des stratégies de communication différentes à savoir une communication unilatérale en recherche et développement, une diversité de communication pour le modèle d'interaction et des communications bilatérales pour le modèle de résolution de

problème. Nous examinerons plus en détail cette approche de résolution de problème. Deux processus sont ici en cause soit la prise de conscience et le processus visant à inculquer de nouvelles attitudes. Ce modèle fonctionne selon les trois phases de la théorie de Lewin que nous décrirons plus tard dans ce texte et le processus de changement peut être initié par un agent extérieur ou par les individus concernés eux-mêmes. Ce modèle est de type participatif et place le destinataire au centre du processus. On y reconnait l'importance des ressources des individus et leur rôle majeur pour initier un changement durable. Savoi Zajc (1987) a fait un relevé de littérature exhaustif portant sur la planification du changement. Elle a étudié quarante-sept modèles de changement en éducation en prenant une grille d'analyse en fonction des cadres idéologiques et idéatoires. Il ressort de son étude que deux principaux cadres théoriques conceptuels dominent ces modèles de changement à savoir un cadre utilitariste centré sur le but et basé sur une conception objective de la réalité et la théorie des systèmes qui est centrée sur les interactions. Mise de l'avant par Bertalanffy (1968), la théorie des systèmes met l'accent sur une vision globale de la situation en considérant les diverses composantes appelées sous-systèmes. Collerette (1982, p.8) définit le système comme " un ensemble plus ou moins complexe

de parties qui sont en interaction entre elles, lequel ensemble est en contact avec un environnement". Cette interaction entre les parties ou sous-systèmes suppose un réseau d'influence sensible à toute modification de l'une ou l'autre des composantes. Les limites ou frontières d'un système sont définies par l'utilisateur en fonction de l'objet à analyser et de la mission recherchée, c'est-à-dire de sa raison d'être. Le système étant perméable à l'environnement, un mécanisme de rétroaction l'informe continuellement provoquant des ajustements destinés à rétablir et maintenir l'équilibre et à assurer l'atteinte de la mission déclarée. Selon que le milieu est perméable à cette rétroaction on qualifiera le système d'ouvert, de semi-ouvert ou fermé. Une modification d'un élément du système apportera éventuellement une modification d'autres unités. De façon générale, les systèmes recherchent une certaine homéostasie c'est-à-dire un état de stabilité. L'apport d'un changement peut donc soulever une certaine résistance s'il est perçu comme menaçant. Il peut aussi mobiliser une certaine énergie pour pouvoir s'orienter vers un nouvel état d'équilibre. Cette approche invite l'utilisateur à concevoir de façon globale les environnements faisant partie de l'entreprise de changement. La planification d'un changement implique au moins deux acteurs soit un agent de changement et un système social-

client. Certains auteurs incluent aussi un troisième protagoniste soit le système politique. Tessier (1973) souligne l'importance de la relation client et agent de changement comme un cas particulier de liaison inter-systémique entre un système de production du savoir et divers systèmes d'utilisation de ce savoir. Chin et Benne (1976) ont proposé une taxonomie des approches de changement en fonction de la conception qu'a l'individu des sources de changement et des motifs de changement. Ils parlent d'approches empirico-rationnelles, normatives-rééducatives et des approches coercitives. Les stratégies utilisées dans des approches empirico-rationnelles sont basées sur une croyance que les individus sont d'abord guidés par la raison et que l'apport de connaissances et d'information adéquates suffiront pour amener un changement. Les approches normatives-rééducatives sont fondées sur le postulat que l'individu est un être social, sans cesse en quête de satisfaction de ses besoins et d'actualisation. Les interactions sociales sont essentielles et le groupe est investi de valeurs et de normes. Dans ces approches on recherche un changement d'attitude. Les approches coercitives sont centrées sur l'utilisation et la distribution du pouvoir et des lignes d'autorité en vue d'amener un changement. Greiner (1970) présente le changement selon la distribution du pouvoir dans un continuum allant d'une

autorité unilatérale, d'un partage du pouvoir jusqu'à une délégation de pouvoir. Selon la stratégie utilisée, l'agent de changement aura donc une attitude différente.

Raimbault (1983) mentionne qu'il n'existe pas encore de théorie dûment formulée pour expliquer les changements dans les organisations. Il préfère parler de pratiques théorisées et de méthodologies et propose une taxonomie de six écoles de référents méthodologiques et théoriques. La première catégorie regroupe les approches technicistes principalement inspirées des principes du travail de Taylor. Celui-ci considère le travail dans une optique mécanique où on observe une nette coupure entre les niveaux supérieurs de l'organisation chargés de la conception et des décisions et les niveaux inférieurs responsables de l'exécution du travail lui-même. Ces approches sont de nature réductive. La seconde école traite des approches relationnelles où l'entreprise est considérée comme un système social d'une grande complexité. Kurt Lewin (1951) a fortement influencé ce courant de pensée et donne une place nouvelle au client à qui le changement est destiné. Le petit groupe est ici considéré comme l'élément clé du changement. Une critique souvent faite envers cette école réside dans l'aspect fréquemment temporaire du changement, celui-ci étant tributaire de l'expérience du petit groupe. Puis viennent les écoles dites participationnistes où

l'objectif est un changement d'attitude de la part des clients tout autant que des dirigeants. Ces approches prévilégient la dimension psychologique. L'intervention est dite participative si les acteurs eux-mêmes induisent et déterminent la nécessité des changements, leur nature et les modalités. Le caractère participatif suppose que la direction est impliquée mais qu'elle ne contrôle pas nécessairement les résultats. Le développement organisationnelle fait partie de cette école. Raimbault parle aussi du courant de la socioanalyse qui tente d'approcher les changements à travers une approche psychanalytique. L'intervention se situe principalement au niveau du groupe professionnel. La cinquième école s'intéresse à l'analyse stratégique du changement et des relations de pouvoir. Cette approche issue du Centre de Sociologie des Organisations s'inspire de l'approche de Crozier. L'analyse stratégique intègre les phénomènes de pouvoir comme composante essentielle des changements qui sont considérés comme un phénomène systémique. Selon cette école le changement est lié à la capacité d'apprentissage et de découverte de l'organisation, à la richesse relationnelle et institutionnelle des acteurs. Dans cette pratique du changement l'accent est mis sur la priorité à donner à la connaissance, à une action convergente sur les hommes et les structures et à la négociation. La dernière école regroupe les

approches systémiques. Dans les approches orientées selon ce modèle l'intervenant est particulièrement intéressé par les interactions établies à l'intérieur et à l'extérieur du système et par les processus de changement. Le modèle systémique nous a servi de grille de référence pour permettre de saisir notre problématique dans sa globalité. Dans notre contexte nous parlerons du système de formation clinique, des systèmes de santé et d'éducation.

1.3 Le processus de changement

Livian (1978) souligne l'apport important de la psychosociologie dans la compréhension du processus de changement. Cette discipline a permis d'apporter un nouvel éclairage à la notion de résistance au changement. Initialement attribué à l'individu et exprimé uniquement en termes psychologiques, la résistance au changement peut aussi être analysée en prenant en considération les facteurs culturels tels le sentiment d'appartenance, les normes et valeurs du groupe de même que les facteurs organisationnels tels la culture, l'histoire et l'équilibre systémique. Pour Livian (1978, p.11) qui considère l'organisation comme un système social, les résistances peuvent être " le reflet de stratégies d'acteurs cherchant à maintenir un certain équilibre dans leurs réseaux de relation et dans la perception

qu'ils se font de leur place dans l'organisation". Harvey (1967) explique les différents niveaux de résistance d'une personne selon une approche cognitive et réfère à la notion de systèmes conceptuels. Il souligne que chaque individu a un style cognitif différent et qu'il organise les informations à sa façon en fonction de ses traits de personnalité. Les gens peuvent varier d'un système très concret à un système fortement abstrait. Il soutient que dans une situation donnée, chacun d'entre nous comprenons l'information en fonction de nos motivations propres et selon qu'elles répondent à nos fins subjectives. La théorie du champ de force de Kurt Lewin (1951) sert fréquemment de modèle à l'explication des changements ayant court au sein de la personne et d'un groupe dans une entreprise de changement. Ce modèle s'attarde principalement aux modifications socio-émotives au niveau des attitudes et valeurs individuelles. L'auteur décrit le processus de changement selon trois phases très distinctes soit la décristallisation, le déplacement ou mouvement et la recristallisation. Selon cette conception les attitudes et valeurs résistantes au changement sont perçues comme cristallisées. Lorsqu'on désire inscrire un changement, on provoque un déséquilibre qui correspond à la phase de décristallisation où l'individu se rend disponible au changement. Collerette (1982) mentionne que cette

décristallisation peut être provoquée par quatre sources soit 1) un manque de confirmation qui se rattache au besoin d'être reconnu, 2) la présence de renforcements négatifs qui génèrent une certaine anxiété, 3) l'attrait de satisfaction accrues valorisées par les destinataires du changement et 4) la recherche d'un meilleur équilibre. Le mouvement constitue l'étape où le système s'engage dans un processus actif de quête de solutions. Cela peut s'effectuer selon un mécanisme de recherche où on procède à un inventaire conscient des diverses possibilités ou à la création d'une nouvelle solution, ou selon un mécanisme d'identification qui consiste à adopter des solutions déjà éprouvées ailleurs. La dernière étape, la recristallisation, consiste en l'intégration des nouveaux comportements soit au plan intra-systémique ou inter-systémique. C'est souvent à cette étape que le changement échoue. Tessier (1973) souligne que cette théorie présente le changement selon des phases temporelles définies dans les temps. Cependant on peut aussi considérer l'aspect continu du changement. Dans cette optique, on s'intéresse à un changement de valeurs plus abstraites permettant une pluralité de conduites et l'accent est mis sur la capacité à tolérer l'ambiguité et l'incertitude qui elles peuvent être moteur du changement. Il s'agit pour l'individu de changer d'attitude par rapport au changement lui-même plutôt que face aux

contenus et d'être ouvert au changement.

Dans ce courant de pensée humaniste, Garneau (1973) a proposé d'analyser le processus de changement social à la lumière de la théorie de la personnalité de Gendlin (1964)et centre son analyse autour du concept du processus de focalisation. Selon cette vision, la société ou groupe concerné est considérée en soi comme un organisme humain, vivant, ou comme une personne morale chez qui l'expérience se déroule continuellement. Il souligne que le changement dans un groupe passe obligatoirement par le changement de l'individu et que cette expérience est nécessairement multi-dimensionnelle. Le groupe est aussi considéré comme une société réagissant normalement de façon intégrée et comme un tout dont toutes les parties sont interdépendantes. Garneau, à l'instar de Gendlin met l'accent sur le vécu émotif. Selon Gendlin (1964) la focalisation est " une démarche psychique par laquelle un individu se centre sur une expérience vécue et la symbolise progressivement". Les quatres étapes du processus de focalisation appliquées au changement social sont la référence directe, le déploiement, l'application globale et le mouvement référent. La référence directe est l'expérience vécue ressentie concrètement et qui nait de la sommme des éléments provenant de l'environnement et atteignant le système perceptuel des individus. Si l'intensité de l'expérience est

suffisante à la fois à un plan individuel et collectif, le vécu va s'exprimer sous forme de symbolisation et constitue la seconde étape soit le déploiement. Il faut que cette intensité soit ressentie par plusieurs pour qu'apparaisse le besoin d'une symbolisation collective. De plus, cette symbolisation qui est la principale source qui permettra d'accélérer le processus social, se doit d'être assez précise et exacte pour provoquer un changement au niveau des significations ressenties. Garneau souligne aussi que ce déploiement se fait brusquement au plan individuel mais est plus progressif au niveau du groupe car chaque individu réagit à son rythme. C'est le processus d'interaction constant entre le vécu et les symboles disponibles qui permet un changement. L'expérience pourra progresser uniquement en tenant compte de la réalité vécue individuellement et sur le plan social. La nouvelle relation signifiante entre les événements et l'expérience vécue amène une nouvelle compréhension qui s'impose naturellement. Une nouvelle énergie permettra d'investiguer une action pour résoudre les problèmes et des aspects de la situation auparavant présents mais ignorés prendront une nouvelle couleur et une autre importance. La dernière étape témoigne que l'expérience est complétée et que l'attention des participants peut se centrer sur une nouvelle expérience. Selon Garneau (1973) il y a quatre conditions pour

qu'un changement se produise dans la société ou dans un groupe à savoir que 1) la signification ressentie doit être assez intense pour susciter une symbolisation 2) l'intensité doit être partagée par la plupart des membres du groupe 3) les contenus de l'expérience soivent être suffisamment convergents pour rejoindre la majorité des individus et 4) les symboles utilisés par la majorité doivent rejoindre facilement le vécu et être assez précis.

1.4 Une intervention à trois niveaux en vue d'un changement d'attitude

Collerette (1982, p.71) définit une attitude comme "une prédisposition à réagir d'une façon positive ou négative à l'endroit de différents aspects de l'environnement. Elle correspond en quelque sorte à la réaction qu'a un individu face à un objet ou une situation". Elle réfère à la réaction quasi-automatique que l'individu aura. L'auteur divise les attitudes en trois composantes qui fonctionnent de façon systémique et qui exercent une influence les unes sur les autres. Cet auteur suggère que pour avoir un effet durable, l'agent de changement doit agir à ces trois plans soient sur les composantes cognitive, émotive et comportementale des attitudes.

La composante cognitive réfère aux idées et croyances que

nous entretenons sur un sujet. Elle est en relation avec la qualité, la quantité et la crédibilité de l'information qu'on détient. La composante émotive réfère aux émotions et sentiments éprouvés face à l'objet et se rapporte au vécu. La dernière composante est comportementale. Elle réfère aux actes posés et reflète une pré-disposition à agir d'une façon donnée. Ainsi, une intervention de changement bien planifiée devrait fournir de l'information appropriée, amener les gens à vivre une expérience concluante par rapport à l'objet du changement et devrait favoriser un investissement positif du changement. L'auteur mentionne aussi que dans une perspective systémique, la formation d'attitude est liée à l'environnement et elle est une réponse d'adaptation aux pressions environnementales.

1.5 La motivation au travail et la responsabilisation du personnel

Les membres du groupe de recherche sont des gestionnaires dont une des tâches est de motiver leur personnel et d'obtenir une bonne productivité. Rondeau (1987), s'inspirant de Campbell (1986) et de Lawler (1986), souligne, dans son rapport de recherche, que les plus récentes recherches sur la motivation au travail sont orientées vers la motivation immédiate. Selon cette conception, la personne aurait tendance

à agir suivant l'interprétation constante et immédiate qu'elle se fait de la réalité dans laquelle elle est impliquée. Il semble que dans une certaine mesure, l'individu modèle son comportement en partie suivant les attentes d'autrui à son égard. La motivation ,c'est -à-dire la volonté de l'individu de faire ce qui lui est demandé, est un des trois facteurs de productivité élevée, les deux autres étant la compétence des employés d'où l'importance d'offrir de la formation et la ciarté des attentes. Tout comme Huberman, il souligne le rôle déterminant de la perception que ce fait l'individu du changement à apporter.

Rondeau complète en proposant certains éléments pouvant être source de motivation et permettant de redonner le pouvoir aux employés soient: 1) faire appel aux ressources personnelles des individus, 2) partager l'information et expliquer aux employés les raisons qui justifient la prise de position 3) permettre aux individus concernés d'influencer le processus de prise de décision, 4) leur donner accès à des sources de gratification, 5) partager les valeurs du responsable, 6) favoriser l'accès à la propriété.

1.6 La confluence comme outil de concertation

Ce projet repose sur la création d'un climat de concertation qui suppose une complicité et un accord mutuel

dans l'atteinte de buts ou visées communes. L'établissement d'un tel climat requiert une attitude particulière face à la démarche , une habileté à créer une perspective à laquelle le groupe va adhérer et l'utilisation de divers procédés favorisant les forces de coopération. Lalanne (1989, p.2) fait référence à la notion de confluence pour désigner "l'ensemble de procédés et d'attitudes pour orienter les intentions et les actions des personnes dans une perspective commune." La confluence permet de faire converger les énergies vers une même réalisation en mettant à contribution les ressources de chacun des membres du groupe. Les résultats sont donc centrés sur le résultat partagé à produire. La confluence permet de réunir les gens qui à première vue semblent s'opposer. On peut donc surmonter les divisions et faire ressortir la conjoncture qui part du centre et s'épanouit vers la diversité. Cela fait appel à la flexibilité des intervenants et la complicité ainsi obtenue permet non pas de changer les autres ou de se changer mais plutôt d'évoluer ensemble vers une même direction. La confluence exige que le meneur soit disposé à oeuvrer de concert avec les autres . Elle fait aussi appel à une habileté à combiner les différents styles des intervenants vers une action solidaire. L'agent de changement doit constamment référer le groupe à cet intérêt qui les réunit et ainsi forcer les participants à explorer des solutions ou

simplement des perspectives nouvelles face à une situation donnée. Dans une optique de confluence, chacun des participants enrichit sa vision. Cela requiert que l'agent de changement accepte aussi de se faire guider par le flot d'énergie du groupe et qu'il soit prêt à modifier sa position pour être congruent avec le système proposé.

1.7 La créativité

L'approche de créativité de Parnes vise à aider les participants à initier le développement d'idées et à favoriser la création de liens entre divers éléments. Citant Culp (voir Parnes 1967,p. 14), Parnes définit la créativité comme " un effort pour améliorer une situation, c'est la ré-organisation d'éléments sur lesquels l'homme peut agir lorsqu'il est en quête d'un changement"[1]. Il propose une méthode structurée favorisant dans un premier temps la cueillette des données qui se fait par une génération d'idées libres puis il suggère une reformulation de ces données à l'aide de questions ou de paraphrases ayant pour but de réorganiser les éléments pour favoriser l'émergence du vrai problème. Le jugement ou la critique est différée à une étape ultérieure ce qui permet plus de liberté, favorise l'expression de plusieurs perspectives et crée une ambiance favorable à un engagement. Les fonctions créatives et le jugement sont séparés à tous les

stades de l'analyse d'un problème et de la recherche d'une solution. La recherche de solution se fait aussi par une génération libre d'idées qui sont par la suite traitées pour être combinées et ré-organisées de diverses façons. Les critères sur lesquels reposeront les choix des participants sont élaborés et la décision est arrêtée. Cette approche a été utilisée afin de favoriser l'émergence de nouvelles conceptions et de nouvelles approches face à la problématique de la formation clinique.

2. Les fondements méthodologiques

Dans cette section, nous décrirons la démarche méthodologique choisie pour atteindre notre objectif de changement. Dans un premier temps, nous présenterons le méta-concept de recherche-action et les raisons qui nous ont fait opter pour cette approche. Par la suite, nous décrirons le processus individualisé de recherche-action sur lequel repose notre travail et présenterons la planification que nous avions faite de son déroulement. En dernier lieu, nous décrirons les diverses méthodes de cueillette de données utilisées en cours de processus.

2.1 Le méta-concept de recherche-action

Notre perception du monde et notre intention de recherche sont les deux éléments majeurs ayant permis de déterminer le choix de la méthodologie. Comme nous l'avons déjà mentionné, le processus de groupe faisant l'objet de cette démarche s'inspire d'une optique spécifique du monde à laquelle Kuhn (1970) réfère en termes de paradigme naturaliste. Ainsi, nous croyons l'individu créateur de sa réalité, et ses actions sont imbriquées dans un sens subjectif qui lui appartient. Nous sommes portée à considérer les dimensions humanistes de l'individu et de la société ce qui influence notre lecture du changement et des méthodes à utiliser pour l'introduire dans une organisation. Les experts qui représentent la communauté ergothérapique à qui nous nous adressons relèvent du système de santé et nous les convions à prendre une part plus active au plan de l'enseignement clinique qui relève du système d'éducation. Notre intervention se trouve à chevaucher au moins deux différents systèmes sociaux soit les hôpitaux et l'université. Les organisations étant des unités d'une grande complexité, une approche permettant une certaine flexibilité s'impose. Susmand et Evered (1978) ont dénoncé l'échec de la science positiviste pour traiter des problèmes pratiques auxquels font face les organisations À cause de la nature même de ce paradigme À savoir des valeurs neutres, un contrôle

de l'objet d'étude et une finalité de prédiction. Une approche positiviste ne semble pas convenir à notre perception de la réalité. L'objectif de cette recherche est un changement d'attitude. Face à ces considérations, nous avons opté pour une méthodologie de type recherche-action qui nous semble répondre adéquatement à nos besoins.

Cohen (1980, p.208) définit la recherche-action comme "une intervention à échelle restreinte dans une situation réelle et une étude minutieuse des effets de cette intervention. " La plupart des auteurs reconnaissent Kurt Lewin comme le fondateur de la recherche-action et bien qu'il n'existe pas de définition opérationnelle faisant l'unanimité dans la communauté scientifique, on reconnait généralement trois finalités à cette méthodologie: la recherche , l'action et la formation que Lewin représentait sous forme d'un triangle que l'on retrouve au schéma #1 de la page suivante. Ley K. (1979) explique l'émergence de la recherche-action par la prise de conscience du rôle social de la science, de ses rapports avec le pouvoir et de son incapacité à résoudre les problèmes sociaux. Gélinas (1983) rapporte que la recherche-

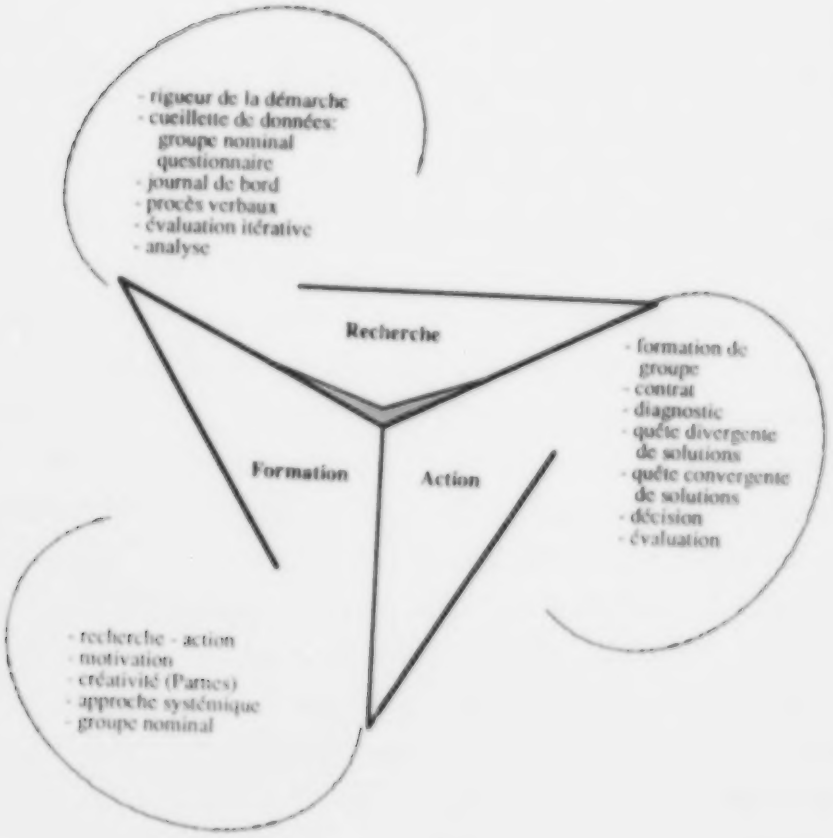


Schéma # II

Triple finalité de la recherche - action

adaptation à la présente recherche

action ne fait pas encore l'objet d'un consensus quand à sa nature et ses fonctions. Cette approche fait preuve d'un ecclectisme évident qui rend difficile l'élaboration d'une définition opérationnelle. Goyette propose une analyse selon trois fonctions soit la fonction d'investigation, la fonction critique et un ensemble de fonctions charnières. Gélinas (1983) opte pour une typologie selon les trois critères suivant soit le pouvoir du chercheur-acteur, le changement proposé et la représentation du réel et considère cinq types différents de recherche-action soit la recherche objectivante, militante , politique, technologique et interprétative. C'est dans le cadre de la recherche interprétative que nous situons notre démarche qui se base sur le postulat que le chercheur/acteur chemine avec les acteurs/chercheurs selon leurs perceptions, leur rythme et objectifs. La définition de Charbonneau est plus spécifique que celle donnée précédemment et semble cadrer adéquatement dans notre démarche. L'auteur définit la recherche-action (1987, p.82) comme "un processus au cours duquel les chercheurs/acteurs et les acteurs/ chercheurs enquêtent , conjointement et de façon systématique sur un donné et posent des actions à la fois pour résoudre un problème concret d'abord vécu par les acteurs/chercheurs et enrichir le savoir penseragirêtre des chercheurs/acteurs et du public, le tout selon un cadre éthique spécifique négocié

et accepté au préalable de part et d'autre". Frohman (1976) appliquant la recherche-action aux organisations souligne qu'un des buts de cette approche et de développer chez les participants leurs habiletés de résolution de problèmes tant au plan de la méthode que du processus.

On dénonce souvent dans la littérature le danger de négliger la dimension recherche au profit de l'action dans ce type d'intervention. Nous trouvons intéressante la procédure structurée d'évaluation proposée par le méthodologue Fragnière (1983) comme un moyen d'aspirer à une plus grande objectivité dans une recherche-action. L'auteur propose de faire l'évaluation de la recherche selon trois axes soit l'évaluation des interactions qui se sont produites en cours de processus de recherche, les transformations qui sont apparues dans ce champ de recherche et les conditions structurales qui ont permis ou entravées le déroulement de la recherche.

2.1.3 Le processus individualisé de recherche-action

Afin de mener à bien notre démarche, nous avons élaboré un modèle du processus individualisé de recherche action. Ce modèle qui apparait au schéma #III de la page suivante s'inspire de modèle de processus de résolution de problème de Dolbec-Goulet et de recherche-action de Charbonneau

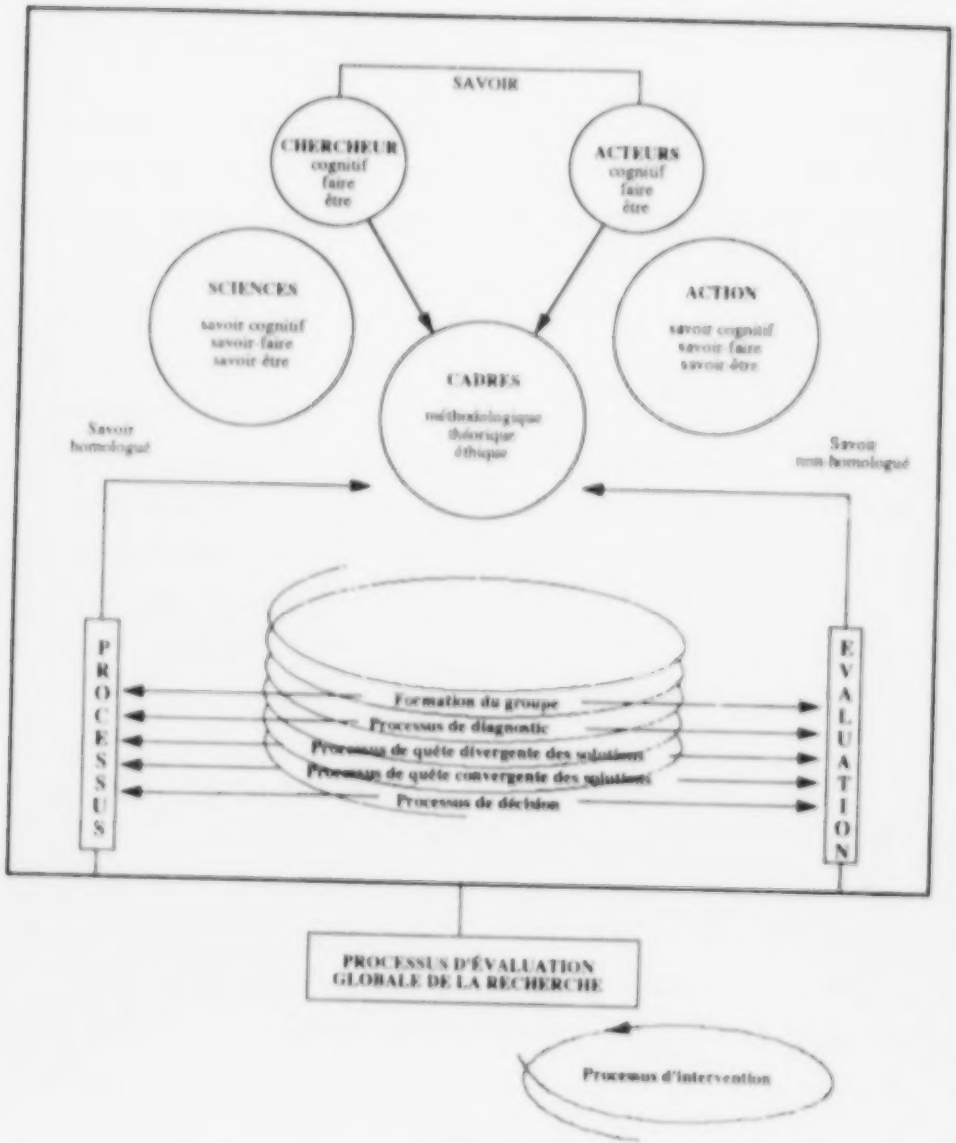


Schéma # III

Le processus individualisé de recherche-action

Adaptation du modèle de processus de résolution de problème de Dolbec/Goulet et de recherche-action de Charbonneau

(1987). Il met en évidence la participation d'un groupe d'acteurs, les types de savoir homologué et non-homologué, les cadres théorique, méthodologique et éthique,le processus itératif d'évaluation et une structure de résolution de problème selon les cinq étapes suivantes: la formation du groupe, le processus de diagnostic, le processus de quête divergente des solutions, le processus de quête convergente des solutions et le processus de décision. Comme mentionné précédemment, le processus d'intervention ne fait pas partie de la recherche. La démarche s'est concrétisée par neuf rencontres avec le groupe de recherche.

2.1.4 L'intégration des trois finalités de recherche - action

Nous avons retranscrit au schéma # II de la page 32 les trois finalités de recherche-action telles qu'adaptées à la présente démarche. La dimension recherche est assurée par une rigueur constante de la démarche, une cueillette de données via le groupe nominal, un questionnaire, la tenue d'un journal de bord , la rédaction de procès-verbaux, une évaluation de nature itérative et une analyse scrupuleuse du processus de changement. L'aspect formation revêt plusieurs formes soit la familiarisation des intervenants à la recherche-action, la présentation de certaines notions théoriques telles la

motivation, l'approche de créativité de Parnes, les concepts d'approche systémique et l'utilisation du groupe nominal tout au long du processus de groupe. L'action respecte les diverses phases décrites dans notre modèle soit la formation du groupe d'experts, l'établissement d'un contrat permettant de clarifier les termes de l'entente, la période diagnostique, les quêtes divergente et convergente de solutions, la prise de décision et l'évaluation globale du processus.

2.1.5 Le déroulement de la démarche

La démarche de groupe est minutieusement planifiée. Le processus doit débuter en février 1990 et se terminer lorsque l'étape du processus de décision sera complétée et que nous aurons une nouvelle planification régionale. Cette démarche doit être terminée au plus tard sept mois après le début de l'intervention. L'étape du processus d'intervention qui consiste à opérationnaliser le nouveau plan ne fait pas partie de la recherche. Compte-tenu des limites de temps fixées, la chercheure principale se doit de fournir un encadrement adéquat. La participation au groupe étant volontaire, le nombre de participants recrutés demeure incertain. La cueillette de données porte principalement sur les actions au cours du processus. Nous planifions utiliser le groupe nominal lors des étapes de diagnostic , de quête convergente

de solutions et du processus de décision. L'étape du processus de quête divergente de solutions doit faire l'objet d'observation, et nous devons enregistrer la ou les sessions que dure ce processus. Le tout doit être validé par la triangulation du groupe via l'acceptation et la correction du procès-verbal de la rencontre et un journal de bord doit être tenu régulièrement. Une série de données quantitatives doivent être disponibles pour le processus de diagnostic à savoir des données administratives sur la participation des milieux au cours des deux dernières années et les résultats d'un recensement d'opinion sur les facteurs de motivation à participer à la formation clinique. Ces derniers résultats doivent être disponibles fin février. Une courte évaluation écrite doit avoir lieu après chaque rencontre et le processus globale doit faire l'objet d'une évaluation finale.

2.2 La cueillette de données, approches qualitatives et quantitatives

Cohen (1981,p.254) définit la triangulation comme étant "l'utilisation d'une ou plusieurs méthodes de cueillette de données dans l'étude d'un aspect du comportement humain"[3]. Dans cette recherche, plusieurs méthodes ont été utilisées selon ce qui faisait l'objet de la cueillette de données. La cueillette a porté d'une part sur le processus de groupe lui-

même et d'autre part sur l'opinion des cliniciens qui agissent comme superviseurs cliniques. Les phases de diagnostic, de quête convergente de solution et du processus de décision ont donné lieu à une cueillette de données selon la méthode du groupe nominal. Delbecq, VandeVen et al (1975) la définissent comme une méthode inductive de cueillette de données où les participants sont guidés à travers des étapes formelles et pré-déterminées vers une prise de décision exprimée sous forme de vote. Cette approche tout en étant orientée vers la tâche à accomplir permet l'expression d'un certain ressenti et favorise la participation égale de chaque membre du groupe. Le résultat obtenu est caractérisé par le nombre de votes pour chaque énoncé de même que par le niveau d'importance accordée par chaque votant à chacun des énoncés choisis. Le groupe peut ainsi utiliser le résultat du vote pour établir ses priorités.

Chaque rencontre a donné lieu à la rédaction d'un procès-verbal qui était par la suite validé par les membres du groupe de recherche. Le processus de quête divergente de solution a été enregistré. Un journal de bord rempli après chaque session et après chaque intervention additionnelle entre les sessions a été rédigé et témoigne des émotions et perceptions vécues au cours de la démarche de groupe. Il fait aussi état des apprentissages les plus percutants. Cet

instrument avait pour fonction de faciliter la distanciation.

Dans un contexte systémique, il était important de recueillir l'opinion des cliniciennes qui sont en quelque sorte les premières visées par le plan qui devait être élaboré. Ceci a été fait au moyen d'un questionnaire développé avant la recherche et auquel nous référerons dans le texte sous le terme questionnaire d'opinion. Une copie de ce document apparait à l'appendice B.

3. Les fondements éthiques

L'intervention au sein d'un groupe directement impliqué dans une problématique requiert qu'un soin particulier soit donné à la clarification de l'entente. C'est ainsi qu'avant d'entreprendre la recherche, une lettre explicative présentant les objectifs et le type d'engagement requis a été envoyée à tous les chefs de service. La première rencontre du groupe de recherche a donné lieu à la signature d'un contrat (Appendice C) assurant aux participants une propriété collective du produit fini, définissant leur implication en terme de temps et clarifiant les conditions visant une éventuelle publication des résultats. L'intervention a aussi été longuement discutée avec la directrice du programme d'ergothérapie afin d'assurer une compréhension de l'intervention et de bien délimiter le projet dans le cadre du travail de l'auteure.

1."Creativity is the struggle for improvement-- the rearrangement of variables which the human can change in search for improvement" Culp,W. dans Parnes,S. (1967), Creative Behavior Workbook, NewYork: Charles Scribner's Sons, p. 14

2. "action research is small-scale intervention in the functioning of the real world and a close examination of the effects of such intervention".Cohen,L., Manion,L. (1980), Research Methods in Education, London: Croom Helm, p.208

3. "triangulation may be defined as the use of two or more methods of data collection in the study of some aspects of human behavior".Cohen,L., Manion,L. (1980), Research Methods in Education, London: Croom Helm, p.254

CHAPITRE III

Le déroulement de l'action

Dans ce chapitre nous décrirons le déroulement de l'action telle que vécue de février à septembre 1990. Les données seront analysées et critiquées dans la seconde section de ce mémoire. Le lecteur peut se référer aux procès-verbaux qui apparaissent en appendice pour le détail des rencontres et des évaluations.

I. La formation du groupe

I.I Les rencontres préliminaires

Dés le mois de novembre 1989 une présentation sur les fondements de la recherche-action avait été faite au groupe des chefs de service de la région d'Ottawa. L'auteure a par la suite été invitée à la réunion de janvier 1990 afin de présenter son propre projet qui a été accueilli de façon plutôt réservée, deux des participantes opposant une résistance systématique en monopolisant l'attention par leurs questions et leurs objections. Les directrices des services

d'ergothérapie de la région de Hull ont été visitées individuellement car il n'existe pas de regroupement d'administratrices du côté québécois. Suite à ces rencontres, une lettre a été envoyée à toutes les chefs de service de la région pour les convier officiellement à participer à la recherche. Compte-tenu du climat peu favorable lors de la présentation de janvier, il a été très étonnant de constater que tout le monde a accepté l'invitation à l'exception d'une personne dont les occupations ne permettaient pas l'investissement de temps requis. Le groupe avait initialement été planifié pour huit participantes et a été élargi à douze afin de profiter de l'intérêt manifesté par la communauté. Les participantes ont été éliminées principalement sur la base de la non disponibilité face à l'horaire proposé. Le groupe était constitué de 6 francophones et de 6 anglophones. Une subvention avait été demandée au ministère de la santé. Au début de la démarche nous avions eu une confirmation verbale de l'octroi mais nous devions attendre une lettre officielle pour l'annoncer.

1.2 Première rencontre, 22 février 1990

Les objectifs de cette rencontre étaient 1) de définir un langage commun à notre processus de résolution de problème, 2) d'expliquer la nature de la démarche et les valeurs qui la

sous-tendaient 3) d'échanger sur les motivations à participer à cette recherche et 4) de signer le contrat.

Le groupe comprenait trois représentantes du Québec, huit d'Ontario, la directrice du programme d'ergothérapie de l'université et la chercheure principale. Lors de la première réunion il manquait trois participantes: deux personnes ont avisé qu'elles joindraient le groupe ultérieurement et la troisième s'est par la suite désistée.

La première partie de la rencontre a donc été centrée sur un échange d'information, la signature du contrat et un court exposé sur l'utilisation d'une perspective systémique comme moyen d'aborder le problème. Le groupe a été sensibilisé à l'importance de consulter aussi les cliniciennes. La deuxième partie a donné lieu à la première cueillette de données selon l'approche du groupe nominal, la question étant : "quelles sont vos motivations ou raisons pour participer à cette recherche?". Les résultats de cette cueillette de données sont rapportés au tableau #1 de la page suivante.

Tableau 1

Cueillette de données #1:
La motivation à participer à la recherche

énoncé	niveau d'importance	nombre de votes
A. Responsabilité de notre établissement	1-3-1-5-2	5
B. Nouvelle activité		0
C. Appartenance au groupe	1	1
D. Responsabilité professionnelle	4-5-4-1-5-5-4-3	8
E. Pour partager	2-5	2
F. Pour avoir mon diplôme	1-1	2
G. Pour rester à jour	3-4	2
H. Pour échanger et collaborer	5-4-2-2-2-3-2-2-	8
I. Pour définir les rôles	3-1	2
J. Pour expérimenter la recherche	5-1-4-5	4
K. Pour des normes régionales	3-4-4-1-1-2-	6
L. Pour être à l'avant-garde	2	1
M. Pour des stratégies de promotion de la formation clinique	4-5-5-2-3-3-3-3	8

Note: le pointage de 1 à 5 indique le niveau d'importance qu'accordent les participantes aux énoncés, 5 étant le niveau le plus élevé.

Lors de l'évaluation de la rencontre les membres ont souligné leur satisfaction et ont mentionné que les idées apportées étaient provocantes et prometteuses. Afin que toutes les participantes aient une même connaissance des fondements de la démarche, une session d'information a été refaite le 9 mars avec les deux personnes qui avaient manqué la première rencontre. Le processus de formation du groupe au sens d'acquisition de connaissances, d'habiletés et d'attitudes s'est poursuivi tout au long de la démarche. Le procès-verbal apparait en appendice J.

2. Processus de diagnostic, rencontres 2 à 4 inclusivement

2.1 La deuxième rencontre, 16 mars 1990

Les objectifs de cette rencontre étaient 1) de favoriser une prise de conscience individuelle des attitudes face à la formation clinique et 2) de procéder à la cueillette de données pour définir le problème.

Huit personnes étaient présentes. Contrairement aux autres rencontres, la réunion s'est déroulée dans la salle du conseil de la faculté, salle imposante par son mobilier mais moins propice à un travail participatif. Après une réflexion individuelle, les participantes ont échangé sur leurs attitudes face à la formation clinique et leur ressenti

lorsqu'elles sollicitent la participation de leur personnel. Cette compilation est rapportée au tableau # 2 de la page suivante. On y retrouve une liste d'éléments reflétant la composante émotive (je me sens), la composante cognitive (j'ai tendance à penser) et la composante comportementale (je présente la demande comme...).

Tableau 2
Attitudes face à la formation clinique

En tant qu'administratrice en ergothérapie, un de mes rôles est d'encourager les cliniciennes à recevoir des étudiantes. Face à cette tâche:

A. Je me sens: (composante émotive)

enthousiaste
responsable
prête à résoudre le problème
mieux encadrée et plus appuyée qu'avant
optimiste
confiante
engagée
je prépare la demande
.obligée
.quelque peu stressée
.frustrée
.inadéquate
.craintif
.préoccupée face aux difficultés des étudiantes
.soulagée de déléguer
.inadéquat à prédire la réaction du personnel

B. J'ai tendance à penser:(composante cognitive)

.c'est un atout pour le milieu, les cliniciens,les étudiants
.penser positivement, à présenter les aspects positifs
.à organiser et à planifier, à encourager
.à organiser et à me préparer aux crises
.d'agir rapidement afin que chacun planifie son engagement
.à être optimiste et à encourager
.prioriser et à présenter le tout aux ergothérapeutes.
.à mettre la demande de côté et à retarder la demande à une autre réunion

---

C. Je présente la demande comme: (composante comportementale)

.obligation importante, bonne occasion d'apprentissage
.un devoir, une nécessité
.obligation et opportunité
.obligation comme hôpital universitaire, opportunité
.stimulant et excitant
.un défi excitant
.une planification annuelle de travail à faire
.une priorité, j'encourage les cliniciens à planifier, je supporte les réaménagements d'horaire

Par la suite, nous avons commencé le processus de diagnostic selon l'approche du groupe nominal où les intervenantes devaient répondre à la question suivante: en tant qu'administratrice en ergothérapie, quels sont les obstacles que vous anticipez face à devoir demander une participation accrue de votre personnel à la formation clinique?

Ceci a résulté en une liste de 27 obstacles qui ont été regroupés en 9 catégories (procès-verbal, appendice K). Le temps ayant manqué, la discussion a été reportée à la rencontre suivante et l'évaluation en groupe n'a pas pu être complétée.

Cette rencontre a demandé beaucoup d'énergie de la part de l'agente de changement. Le climat s'est alourdi à la fin de l'après-midi et la liste d'obstacles nous semblait être une série de résistances reflétant qu'il n'y avait pas vraiment une approche de résolution de problème et portait sur des préoccupations très quotidiennes plutôt que sur une vision plus globale. Plusieurs des énoncés étaient aussi basés sur une mauvaise conception ou une information erronée. Le procès-verbal apparait en appendice K.

2.3 Troisième rencontre, le 6 avril 1990

L'objectif de cette réunion était de poursuivre le processus de diagnostic en reformulant la liste d'obstacles sous forme d'énoncés créatifs favorisant la résolution de problème.

Le groupe était complet. L'auteure a d'abord apporté les informations adéquates pour corriger la conception erronée qu'avaient les gens sur certains éléments tels les exigences de l'Association canadienne des ergothérapeutes et la liste des activités réalisées depuis le début du programme pour aider les superviseures cliniques dans leur fonction. Ces documents apparaissent à l'appendice D et E. Par la suite, utilisant l'approche de créativité de Parnes, les participantes ont travaillé en sous-groupe à la reformulation sous forme de questions ou défis de chacune des neuf catégories d'énoncés générés lors de la dernière rencontre. Cet exercice a permis de passer d'une série d'obstacles à des questions plus prometteuses en terme de recherche de solutions. Comme l'a mentionné un des membres du groupe, les vrais problèmes ont été ressortis. Le vote a été pris selon la technique du groupe nominal. Il avait été convenu que les cinq des neuf énoncés recueillant les meilleurs votes seraient retenus comme les défis à traiter au cours de la démarche. Les résultats de ce vote apparaissent au tableau # 3 de la page suivante.

Tableau 3
Ceuillette de données #2: vote sur les défis à traiter

A. PRODUCTIVITE — nombre de votes

Comment reconnaître l'ensemble des activités cliniques et non-cliniques des thérapeutes et des étudiants?

1-2-2-3-3- — 5

B. NORMES ET PERCEPTION DES ROLES

Comment pouvons-nous définir nos normes régionales?

5-4-4-4-4-3-3-3-3-2-2-1- — 12

C. COORDINATION UNIVERSITE-MILIEUX (culture organisationnelle)

De quelles façons pouvons-nous diminuer la rigidité des deux parties afin de répondre aux besoins de tous?

5-4-4-4-3-2 — 6

D. SURVIE DU PROGRAMME UNIVERSITAIRE ET DE LA PROFESSION

Comment relier la formation clinique au développement professionnel et à celui du programme?

3-3-2 — 3

E. PRIORITE

Comment les stages peuvent-ils être structurés pour que tous réalisent des bénéfices à court terme et que l'étudiant ne soit pas perçu comme une charge?

5-4-2-2-1-1-1- — 7

F. APPUI DE L'UNIVERSITE AUX MILIEUX

Comment l'université peut-elle donner plus d'appui aux milieux et solliciter la participation à l'assignation des places de stages?

4 — 1

G. ASSOCIATION ETUDIANTE/SUPERVISEURE

Comment adapter le programme de stage selon le niveau de l'étudiante? Quels sont les moyens pris pour que les étudiantes soient bilingues?

4-4-3-3-2-2-1-1-1- — 9

H. APPROPRIATION DE LA RESPONSABILITE

Comment clarifier le concept de responsabilité partagée pour que les gens se l'approprient et l'assument?

5-5-5-5-5-5-5-5-4-1- — 10

I. PERCEPTION DU ROLE DE SUPERVISEURE CLINIQUE

Comment définir et clarifier le rôle du superviseur?

5-3-2-2-1-1- — 6

Les énoncés B et H portant sur l'appropriation de la responsabilité et les normes régionales ont recueillis la faveur du groupe tant par le nombre de votes que par l'importance donnée. Cependant, le reste du vote était moins clair et demandait une ré-ouverture de la discussion. L'énoncé G a recueilli 9 votes d'importance très relative selon les votants. Puis vint l'énoncé E avec 7 votes et ex-équaux les énoncés C et I. Certaines formulations demeuraient un peu confuses tel l'énoncé C disant " de quelles façons pouvons-nous diminuer la rigidité des deux partis (l'université et les milieux) pour répondre aux besoins de chacun? De plus,l'énoncé G comportait plusieurs éléments. Il se lisait comme suit: " comment pouvons-nous adapter le programme de stage, quels sont les outils pour offrir une continuité ? Quels sont les moyens pris pour nous assurer que les étudiantes soient bilingues? C'est alors qu'a spontanément débuté une discussion au sujet de la langue d'enseignement et du caractère bilingue du programme. Portée par le souci de finaliser la tâche au courant de cette rencontre, l'auteure a coupé court à la discussion car le climat devenait tendu.

Le groupe a été informé de l'obtention de la subvention du ministère de la santé de l'Ontario ce qui signifiait que chaque participante recevrait des honoraires pour sa participation au processus de recherche. Cette subvention nous

permettait aussi de compléter l'élaboration du questionnaire que le groupe avait accepté d'utiliser moyennant un droit de regard avant qu'il ne soit distribué. L'évaluation a révélé une évolution de la perception de certaines participantes, certains apprentissages face à la méthode et un sentiment de respect. Le procès-verbal apparait en appendice L.

2.4 Quatrième rencontre, le 27 avril 1990

Les objectifs de la rencontre étaient 1) de clarifier la notion de bilinguisme et 2) de finaliser le processus de diagnostic.

Il ne manquait qu'un membre. L'auteure a débuté la rencontre en mentionnant la sensation de malaise qu'elle avait ressentie suite aux échanges sur la question de la langue et son insatisfaction d'avoir coupé court à la discussion. Du temps a donc été accordé à une discussion sur le bilinguisme. En faisant de la sorte, la chercheure était consciente qu'un retard était pris sur le plan original mais cette démarche a été jugée essentielle pour favoriser le développement du groupe et pour permettre la clarification des énoncés C et G de la dernière réunion. Les participantes ont d'abord été invitées à faire part en petits groupes de travail de leur conception du bilinguisme en rapport avec le programme. Par la suite, la définition de l'Université a été donnée. La

diversité de compréhension que les participantes avaient face à la nature bilingue du programme était étonnante. Nous avons aussi ouvert la discussion afin de faire la lumière sur le concept de rigidité auquel on référait dans l'énoncé C. Les participantes ont éprouvé de la difficulté à définir en quoi l'université était rigide. La discussion au sujet de la langue ayant amené un nouvel éclairage les participantes ont relié cette rigidité à la structure du programme clinique. Il a donc été clarifié que chaque milieu avait son cadre propre et que l'université ne demandait pas aux intervenantes de modifier les structures de leurs programmes cliniques mais plutôt d'analyser comment nous pouvions articuler nos programmes respectifs dans un esprit de respect mutuel. Après ces clarifications, les énoncés C et G ont été regroupés en un seul élément qui a été formulé comme suit: "comment les milieux en collaboration avec l'université peuvent-ils être plus créatifs pour adapter les programmes cliniques de façon à répondre à tous les niveaux d'étudiantes?". Il a aussi été convenu que l'énoncé E serait probablement traité lors de la formulation d'idées concrètes qui découleraient de l'énoncé G. Compte-tenu du retard pris par rapport au plan initial, il a été décidé de ne traiter que trois des cinq défis initialement choisis. Le groupe s'est arrêté aux énoncés B,H,G, nouvellement formulés et il a été convenu que les deux

autres éléments seraient analysés par un autre comité. Le groupe a été informé que le questionnaire d'opinion était à la traduction et leur serait soumis sous peu.

Au terme de ce processus de diagnostic, les défis à traiter étaient donc 1) d'établir de quelle façon clarifier et définir le concept de responsabilité partagée afin d'en faciliter l'appropriation 2) d'établir comment définir nos normes régionales et 3) de voir comment les milieux en collaboration avec l'université peuvent être plus créatifs dans l'adaptation des programmes cliniques afin d'accommoder tous les niveaux d'étudiantes. Lors de l'évaluation, les membres ont mentionné leur fierté d'être dans le groupe et l'évolution de perception qui se poursuivait. Le procès-verbal est en appendice M.

3. Processus de quête divergente de solution, rencontres 5 à 7 inclusivement

3.1 La cinquième rencontre, 18 mai 1990

Les objectifs de cette réunion étaient 1) de commencer la quête divergente de solution pour la clarification de la responsabilité partagée 2) d'accepter le questionnaire d'opinion 3) de donner les notions théoriques sur la motivation.

Il manquait deux personnes. À la demande d'une participante, une synthèse de notre démarche de recherche a été présentée pour situer le groupe. Tel que confirmé par les résultats des évaluations faites après chaque rencontre, la perception que les membres avaient du problème commençait à être ébranlée. C'est dans ce contexte qu'a débuté la quête divergente visant à clarifier et définir la responsabilité partagée pour en faciliter l'appropriation. L'expérience des 4 premières rencontres avait mis en évidence une certaine tendance du groupe à se perdre dans des discours théoriques. Il semblait difficile d'amener le groupe à considérer la problématique dans une vision globale et à concevoir la situation dans une perspective professionnelle. La façon d'exprimer la responsabilité devait permettre cet élargissement de perception et une ouverture plus créative. Ceci a donc été opérationnalisé via une représentation graphique. Chaque individu a été invité à schématiser sa conception de la responsabilité partagée. Ces représentations apparaissent au procès-verbal du 18 mai 1990 (appendice N). La grande variété des dessins témoignait de la disparité des conceptions ce qui a provoqué un certain déséquilibre chez l'agente de changement qui, en tant qu'animatrice, a eu quelques difficultés à poursuivre le processus initialement prévu. Par la suite, les critères auxquels devaient répondre

la représentation finale ont été établis par le groupe. Les participantes ont été invitées à poursuivre leurs réflexions à la maison et à faire un nouveau schéma pour la réunion suivante.

Lors de la seconde partie de la rencontre, les documents sur la théorie de la motivation au travail ont été distribués mais non discutés. Afin de favoriser un élargissement de la perception et encourager les membres du groupe à considérer la formation clinique dans un contexte de développement professionnel, un article de E. Yerxa (1987) "The Key to the Development of Occupational Therapy as an Academic Discipline" (appendice F) a été discuté.

Le questionnaire d'opinion avait été envoyé aux participantes avant la rencontre pour analyse. Il a été accepté après une légère modification de terminologie et les participantes ont laissé le nom de toutes leurs cliniciennes de façon à ce qu'il puisse leur être adressé personnellement. La session s'est déroulée dans un climat d'humour et d'échanges détendus. Lors de l'évaluation les membres ont verbalisé leur satisfaction face à l'approche utilisée et leur sentiment d'engagement. Une participante a eu plus de difficulté à comprendre la procédure suivie. Le procès-verbal est en appendice N.

3.2 La sixième réunion , 8 juin 1990

Les objectifs de cette rencontre étaient 1) de présenter les notions de motivation 2) de poursuivre la réflexion sur la responsabilité partagée et 3) commencer à émettre des idées de normes régionales.

Il manquait 3 personnes. En début de réunion la théorie sur la motivation a été expliquée. Par la suite,la réflexion sur la représentation visuelle s'est poursuivie par l'analyse des 6 nouveaux dessins présentés par certaines participantes. Une des représentations a été choisie comme logo pour la formation clinique. Un vote visant à arrêter notre choix sur le dessin qui servirait de base à notre dessin collectif a été pris et est représenté au tableau # 4 de la page suivante.

Tableau 4

Cueillette de données #3:
vote sur la représentation graphique

A. Choix de la représentation graphique

représentation	niveau d'importance	nombre de votes
A	3-3-3-3-3-2-1-1-	8
B	2-2-2-1-1-	5
C	3-3-2-2-1-1-	6
D	3-2-2-1-	4
E	3-2-1-1-	4

B. Décision sur l'inclusion ou non de l'étudiant dans la représentation

A.pas d'étudiant	3-3-1-1-3-3-2-1-3-3-	10
B.Etudiant au centre	1-3-1-2-2-2-2-3-2-3-	10
C.Etudiant dans la chaine	1-1-3-1-1-2-1-2-2-	9

Note: Le niveau de préférence allait de 1 à 3, 3 étant le niveau de plus grande importance. Les représentations graphiques correspondantes aux lettres apparaissent au procès-verbal en appendice O.

Tableau 4

Cueillette de données #3:
vote sur la représentation graphique

A. Choix de la représentation graphique

représentation	niveau d'importance	nombre de votes
A	3-3-3-3-3-2-1-1-	8
B	2-2-2-1-1-	5
C	3-3-2-2-1-1-	6
D	3-2-2-1-	4
E	3-2-1-1-	4

B. Décision sur l'inclusion ou non de l'étudiant dans la représentation

A.pas d'étudiant	3-3-1-1-3-3-2-1-3-3-	10
B.Etudiant au centre	1-3-1-2-2-2-2-3-2-3-	10
C.Etudiant dans la chaine	1-1-3-1-1-2-1-2-2-	9

Note: Le niveau de préférence allait de 1 à 3, 3 étant le niveau de plus grande importance. Les représentations graphiques correspondantes aux lettres apparaissent au procès-verbal en appendice O.

De façon à laisser mûrir les perceptions sur cette représentation visuelle, nous avons commencé à traiter en parallèle les deux autres défis. C'est ainsi qu'a commencé la quête divergente de solutions visant la clarification de nos normes régionales. Les besoins quantitatifs de l'université ont été présentés dans une perspective de trois ans (appendice G). Procédant selon l'approche de Parnes, un remue-méninges individuel, libre de tout jugement, a permis l'élaboration d'une liste d'idées. Le travail a ensuite été discuté en petits groupes. Un compte-rendu de chaque groupe est reporté dans le procès-verbal. Le concept de norme n'a pas été défini car nous le voulions ouvert. Déjà on voyait se dessiner une valorisation de la fonction de supervision clinique en l'inscrivant dans la description de tâche. Quelques énoncés ont été formulés en terme de ratio par thérapeute et par département. Lors de l'évaluation, les participantes ont souligné à une des membres du groupe leur surprise face à sa nouvelle production graphique qui témoignait d'une modification de perception importante. Un sentiment d'engagement se dessine dans le groupe. Le procès-verbal est à l'appendice O.

1.3 La septième réunion, 22 juin 1990

Les objectifs de cette rencontre étaient 1) de donner les résultats du questionnaire, 2) de continuer notre réflexion sur les normes régionales et 3) de commencer un remue-méninges pour le troisième défi.

Il manquait deux personnes. Le groupe a été informé qu'aucune analyse détaillée des résultats du questionnaire d'opinion n'avait encore été faite et que les données brutes leur étaient transmises. Les résultats étaient très surprenants. Au grand étonnement de plusieurs, les cliniciennes sont réceptives à superviser des étudiantes et il semble y avoir une bonne motivation dans la communauté. Les résultats de ce questionnaire sont présentés au chapitre IV. Une des participantes a questionné la dimension éthique face à la procédure utilisée dans la transmission des résultats. En effet, par souci d'efficacité, une pré-sélection de questions jugées les plus pertinentes pour le groupe avait été faite et les résultats ont été fournis sur demande pour toutes questions additionnelles. L'intervenante questionnait aussi la procédure consistant à divulguer les résultats aux chefs de service avant de les divulguer aux répondants. Cette question d'éthique devait être clarifiée pour la rencontre suivante.

La quête divergente de solutions s'est poursuivie après

avoir rappelé au groupe le pourquoi de notre objectif dans une optique de confluence. Une liste d'idées de normes régionales a été générée. Aucun jugement et aucune discussion n'ont été permis dans cette étape. Les idées émises démontraient une grande divergence d'opinion. Nous n'avons pas été plus loin dans le traitement de ce deuxième défi.

Par la suite, nous avons procédé au remue-méninges pour le troisième défi visant à trouver des moyens pour que les milieux en collaboration avec l'université soient plus créatifs dans l'adaptation des programmes cliniques. Le résultat de ces activités apparaissent au procès-verbal (appendice P). L'évaluation du groupe révèle un taux de satisfaction élevé.

4. Processus de décision, rencontres 8 et 9

4.1 La huitième rencontre, le 6 juillet 1990

Les objectifs de cette rencontre étaient 1) de compléter la représentation visuelle de la responsabilité partagée, 2) de prendre le vote sur les normes régionales, 3) de terminer le remue-méninges sur les façons d'adapter le programme et 4) d'élaborer la stratégie d'implantation de la nouvelle planification régionale. Afin de préparer les participantes, cette liste d'objectifs avaient été envoyée avec le procès-verbal.

Le groupe était complet. Une des membres du groupe a pris sa retraite et a été remplacée par la thérapeute senior de son centre. Cette dernière fut acceptée comme membre non-votant. L'horaire de la réunion étant très chargé les gens avaient accepté de prolonger la rencontre. Le groupe a été avisé que selon les informations prises auprès de la vice-doyenne à la recherche de la faculté, les procédures suivies lors de la divulgation des résultats du questionnaire étaient acceptables sur le plan éthique.

Nous avons débuté le travail sur la représentation visuelle en utilisant la représentation choisie en juin. L'auteure a questionné si la représentation répondait aux critères 3 et 4 que le groupe avait acceptés. Une période de discussion a suivi, un vote a été pris et la représentation sous forme de chaîne a été retenue à l'unanimité. Un second vote a été pris afin de clarifier si l'étudiant devait être représenté dans la chaîne, cet élément n'ayant pas été déterminé lors de la rencontre du 18 mai. La décision a été négative et il a été convenu de joindre la chaîne au logo.

Le groupe devait maintenant prendre position face aux normes et passer à l'étape formelle d'engagement. Dans le but d'amener une meilleure connaissance de notre réalité régionale et de situer le groupe dans un contexte national, les informations suivantes ont été données soit: 1) les besoins

de l'université pour les trois prochaines années (appendice G) et 2) un relevé du nombre de thérapeutes par région universitaire. Il a été mentionné que les résultats du questionnaire ne devaient pas justifier les normes mais plutôt venir les appuyer. Après ces clarifications le vote a eu lieu. Aucun vote n'a été nécessaire pour l'énoncé qui suggérait de mettre la fonction de supervision clinique dans la description de tâche des cliniciennes et d'en tenir compte dans l'évaluation de performance. Ce fut aussi le cas pour l'énoncé proposant que l'université assure annuellement 20% des places en milieux non-traditionnels sans ergothérapeute. Il y avait en effet un consensus au sein du groupe.

Les propositions de normes formulées en terme de ratio ont été clarifiées pour s'assurer que tout le monde en avait la même compréhension et les membres ont été invitées à ajouter des propositions si désiré. Le groupe a établi que les normes devaient répondre aux deux critères suivants soit: 1) offrir une certaine flexibilité pour le milieu et pour l'université et 2) être formulées en termes d'attente minimale. Le vote a été pris sur les quatre nouveaux énoncés. Le tableau # 5 de la page suivante rapporte ces résultats.

Tableau 5

Cueillette de données #4:
vote sur les normes régionales

énoncé	niveau d'importance	nombre de votes
A. 1.5 étudiant/ETP	5-5-1-5-5-3-5-1-4-4-	10
B. 1 étudiant/ETP	4-4-5-3-4-4-4-4-4-	9
C. Chaque département offrira 1.5 étudiant/ETP	1-1-1-5-1-1-1-1-3-5-	10
D. Chaque département offrira étudiant/ETP	3-3-3-4-3-3-5-3-5-3-	10

note: un vote a été annulé. Le niveau de preférence variait de 1 à 5, 5 étant le niveau le plus important. L'appellation ETP réfère à la valeur administrative d'un employé à temps plein.

La grande majorité des membres ont choisi une norme par thérapeute et non par département. Il n'y avait pas unanimité sur le ratio et certaines personnes auraient aimé poursuivre la discussion. Cependant, compte-tenu que le temps manquait, la décision a été entérinée par tout le groupe prenant en considération que l'implantation se faisant sur trois ans, il y aurait possibilité de s'ajuster.

Le remue-méninges sur les idées favorisant l'adaptation des programmes cliniques a été complété. Ces idées ont été regroupées en trois catégories, une pour les cliniciennes, une pour l'université et une pour les chefs de service et apparaissent au tableau # 6 de la page qui suit. Pour la première fois, les chefs de service faisaient part de leur propre besoin d'appui et de reconnaissance officielle.

Tableau 6
Liste des suggestions créatives pour
favoriser l'adaptation des programmes cliniques.

A. Reconnaissance pour les cliniciennes

.Meilleure reconnaissance par le milieu lui-même
.En faire une tâche plus prestigieuse, compétition pour des privilèges
.favoriser la présence aux sessions de formation
.redonner le plus de responsabilité possible aux cliniciennes i.e. les laisser choisir le temps, le niveau de l'étudiant, .favoriser divers types de supervision selon les besoins des cliniciennes et les possibilités du milieu (ex. un superviseur en charge pour l'évaluation et une assistante, utiliser des étudiantes juniors avec des étudiantes seniors)

B. Suggestions pour l'université

.Utiliser d'autres modèles de supervision que le un à un
.Fournir un coordonnateur pour escorter les étudiants et enseigner à de petits groupes dans les milieux
.mieux préparer les étudiantes en leur fournissant plus d'information sur les milieux avant les stages
.Publiciser les projets réalisés par les étudiantes

C. Suggestions pour les administratrices d'ergothérapie

.Demander aux étudiantes de contribuer aux objectifs du département durant leur projet de stage.
.Changer notre façon de présenter la tâche aux cliniciennes ex. encourager une planification annuelle
.Moyens d'obtenir une reconnaissance pour les administrateurs:
  .inscrire la participation à l'enseignement clinique dans le rapport annuel
  .faire inscrire la tâche d'encourager la formation clinique dans la description de tâche des gestionnaires
  .faire des pressions au ministère pour obtenir un financement, peut-être sous forme d'honoraires pour le fond d'éducation du service
  .aider nos collègues à considérer la supervision dans le niveau de productivité et à composer avec les pressions externes face à la productivité.
  .aider nos collègues à appuyer concrètement cette tâche et développer un réseau d'appui.
  .Utiliser notre nouvelle cohésion de groupe pour faire des pressions au ministère afin d'avoir une reconnaissance officielle (équivalent statistique)

La section sur les normes régionales a été finalisée par un engagement formel dans le temps par chacune des participantes. Lors d'un remue-méninges le groupe a élaboré une liste de moyens pour assurer la promotion de la nouvelle planification régionale au sein de la communauté ergothérapique. Les membres ont accepté de revenir pour une rencontre additionnelle le 7 septembre 1990 pour finaliser cette stratégie de promotion. La réunion s'est terminée par une petite célébration et l'expression d'un haut niveau de satisfaction. Le procès-verbal est en appendice Q.

4.2 La neuvième rencontre, le 7 septembre 1990

Le but de cette rencontre était de finaliser le plan de promotion qui avait un double objectif soit: 1) informer la communauté régionale et nationale des résultats du processus de groupe et trouver des mécanismes assurant que l'information qui circulera soit consistante, 2) faire la publicité de cette planification dans la région d'Ottawa-Hull de façon à susciter une réflexion chez nos collègues et les inviter à clarifier de quelle façon elles pourraient participer aux efforts de la communauté.

Il manquait deux personnes. Le groupe a été informé que la compilation des offres de places de stage pour cette année révélait une augmentation de 24 places par rapport à l'année

précédente. Une synthèse du processus de recherche a été faite. Par la suite, une discussion a suivi afin de décider s'il était pertinent ou non de tenir un atelier de formation pour les administratrices tel que proposé lors de la dernière rencontre. Le groupe a appuyé l'idée et a mandaté les membres de l'université pour trouver un financement à cette activité.

Après discussion et clarification des suggestions de la dernière rencontre, il est resté 7 énoncés légèrement reformulés. Comme toutes les idées s'inséraient dans un plan global divisé en stratégies à court, moyen et long terme, aucun vote n'a été nécessaire. Chaque membre du groupe a identifié à quelle(s) tâche(s) elle désirait participer (procès-verbal, appendice R). Un comité de coordination a été mis sur pied avec comme mandat de 1) voir à évaluer l'implantation du plan dans chacun des milieux qui ont participé à la recherche et 2) voir à la mise en place et au suivi de la stratégie de promotion.

Ceci terminait le processus de recherche en groupe. Un formulaire d'évaluation de la recherche a été envoyé à chaque membre avec le rapport qui a été envoyé au ministère de la santé, organisme qui a subventionné de ce projet. Ces documents apparaissent en appendice H et I.

CHAPITRE IV

Les résultats de l'intervention

Dans ce chapitre nous allons rapporter les résultats de ce processus de résolution de problème. Nous nous attarderons principalement à l'objectif d'action qui visait l'élaboration d'une nouvelle planification régionale de la participation des milieux à la formation clinique. L'analyse du processus de transformation du groupe fera l'objet du chapitre suivant. A partir des défis définis lors du processus de diagnostic les résultats de la démarche comportent trois composantes, le concept de responsabilité partagée, la perception des cliniciens et la planification régionale.

1. Le concept de la responsabilité partagée

Nous avons clarifié par une représentation graphique la conception de responsabilité partagée . Cette démarche s'est conclue par la création d'un logo identifiant les trois

instances principales impliquées dans la formation clinique à savoir l'Association canadienne des ergothérapeutes, les milieux cliniques et l'université. A ce logo est rattachée une représentation visuelle sous forme de chaîne . Cette boucle est plus explicite et permet de clarifier plus spécifiquement les individus responsables à ces divers niveaux. Le logo apparaît déjà sur les documents relatifs à notre programme clinique. Il est à noter que l'unité la plus petite de la chaîne est la clinicienne elle-même et que les autres milieux d'ergothérapie sont aussi identifiés. Cette représentation illustre l'autonomie et l'interdépendance des diverses unités. Le logo et la représentation visuelle ont été reproduites au schéma IV et V de la page suivante.

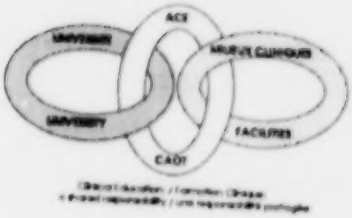


Schéma IV
Le logo

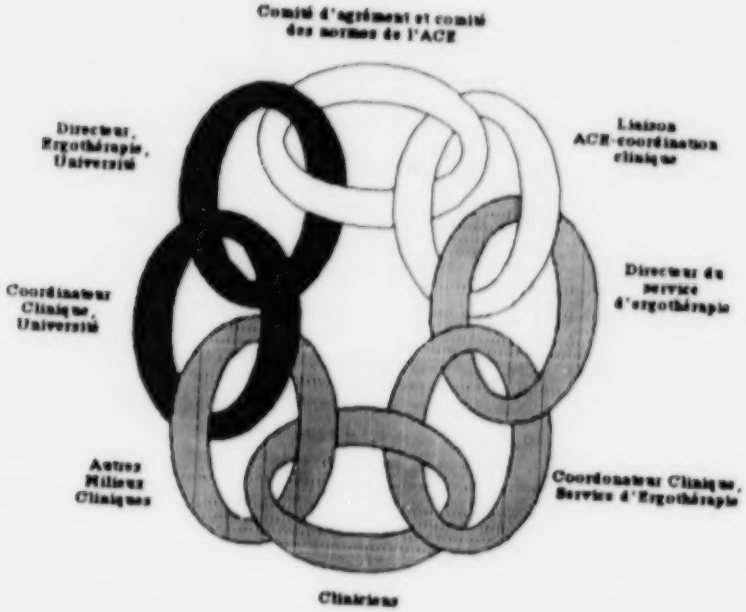


Schéma V
La chaîne

2. La perception des cliniciennes

Toutes les cliniciennes de la région immédiate d'Ottawa-Hull soit 150 personnes ont été consultées via un questionnaire (appendice B). Au moment de la date d'échéance 100 questionnaires nous avaient été retournés ce qui représente un taux de participation de 66%. Le questionnaire et les résultats tels que transmis aux chefs de service apparaissent dans le procès-verbal du 22 juin 1990 (appendice P). Les faits marquants qui ont été retenus portent sur les dimensions administratives et sur les mesures incitatives qui faciliteraient la participation au volet clinique. Ces faits avaient été choisis pour leur pertinence avec les notions théoriques données sur la motivation et responsabilisation du personnel. A la question #8 on note que la tâche de supervision clinique apparait dans la description de tâches de 72% des répondants mais elle n'est sujette à évaluation que dans 32% des cas. De plus, 17% des répondants ne savaient pas si cette fonction apparaissait ou non dans leur description de tâches. La question # 10 nous apprend que 76% des répondants considèrent que les attentes de leur directrice ne sont pas claires en ce qui a trait à cette fonction. A la question #14, on apprend que les meilleurs moyens pour faciliter la fonction de superviseur varient considérablement selon les répondants. Ainsi, 21% des répondants disent qu'ils

aimeraient pouvoir être libérés pour participer aux sessions de formation pré-stage, 36% estiment que ce qui leur faciliterait la tâche serait que cela soit pris en considération dans leur niveau de productivité et 16% des répondants souhaiteraient avoir moins de travail clérical relié à cette tâche. La question # 17 nous apprend que 37% des répondants considèrent que c'est une de leurs responsabilités professionnelles que de participer à la formation des étudiantes et qu'en conséquence, ils n'ont pas besoin d'incitatif particulier. 32% des répondants disent qu'une rémunération additionnelle qui irait au fond d'éducation de leur département serait un incitatif pour les encourager à prendre des étudiantes. Il a été intéressant d'apprendre que 47% des répondants considèrent avoir peu ou pas d'appui de leur chef de service face à cette fonction et 31% des répondants perçoivent recevoir peu ou pas d'appui de l'université. On constate que 15% des répondants disent n'avoir jamais été sollicités par leur directrice pour participer. Le questionnaire nous révèle aussi que 91% des répondants disent être prêts à recevoir au moins une étudiante par année (44% recevraient 1 étudiante, 43% recevraient 2 étudiantes et 4% trois étudiantes par année). Finalement 47% des cliniciens n'ont aucune préférence quand au niveau de l'étudiante c'est-à-dire, une étudiante de 1ère, 2ième, 3ième

ou 4ième année. Ces résultats témoignent donc d'une difficulté de reconnaissance de la tâche au plan de la productivité, un sentiment de ne recevoir qu'un très faible appui des autorités du service d'ergothérapie et de l'université, une difficulté par rapport à la clarté des attentes, une certaine diversité quant aux incitatifs souhaités par les répondants de même qu'une motivation très forte à participer au volet clinique. Plusieurs de ces données viennent systématiquement contrer la liste des obstacles dressée par les administratrices lors de la deuxième rencontre.

3. La planification régionale

La nouvelle planification régionale tient compte d'une vision systémique de la réalité. Elle comporte quatre volets soit: 1) les normes elles-mêmes 2) l'opérationnalisation de la planification régionale 3) la stratégie de promotion et 4) une liste de suggestions de mesures d'appui.

3.1 Les normes

Les normes régionales ont été exprimées dans une perspective triennale, moment où les besoins de l'université seront maximum. Elles comportent trois éléments qui se lisent comme suit:

1. La formation clinique doit être incluse dans la description de tâche et faire partie de l'évaluation de rendement.

2. L'université assurera 20% de la formation clinique dans des milieux non-traditionnels où il n'y a pas d'ergothérapeute.

3. Nous recommandons le ratio de 1.5 étudiant par année par équivalent temps plein.

Ces normes nous révèlent une nouvelle conception de la productivité du clinicien et de la flexibilité. En effet, en inscrivant la fonction de superviseure clinique dans la description de tâche et en l'incluant dans l'évaluation annuelle de rendement les gestionnaires valorisent cette fonction et la reconnaissent comme une attente spécifique et comme élément de productivité. De plus, l'engagement pris par les membres du groupe assure un surplus de places par rapport aux besoins. Les administratrices auront plein pouvoir décisionnel pour exempter, dans des conditions exceptionnelles, un membre de leur personnel de cette responsabilité. Le surplus anticipé permettra la création d'une banque de places disponibles pouvant être utilisées en cas de cancellation prévenant ainsi un surplus de stress sur le personnel qui jusqu'à ce jour a accepté à la dernière minute de dépanner. Telles que formulées, ces normes remettent la responsabilité sur chaque thérapeute plutôt que sur le département. Cette décision est très cohérente avec la représentation graphique qui redonne à chaque professionnelle une part de responsabilité.

3.2. Opérationnalisation du plan régional

Un échéancier stipulant l'engagement formel de chaque participante dans le temps a été élaboré. Cet échéancier apparaît au tableau #7 de la page suivante.

Tableau 7

Echéancier

A. Norme #1: Inclusion dans la description de tâche et dans l'évaluation de rendement

Juin 1991

B. Norme #2: L'université assurera 20% des besoins de places de stage en milieux non-traditionnels sans ergothérapeute.

Norme déjà appliquée

C. Norme #3: Nous demanderons le ratio de 1.5 étudiant par thérapeute à temps plein

Hôpital Civic d'Ottawa	progressivement jusqu'en 1993
Hôpital Général	1.2 en 1991 1.4 en 1992 1.5 en 1993
Centre de santé Elizabeth Bruyère	août 1990
Hôpital Montfort	déjà en place
Home Care	1.0 en 1992 1.5 en 1993
CHRO	1.5 en 1992
CH La Piéta	1.5 en 1992
CAR La RessourSe	1.5 en 1993
Hôpital Royal d'Ottawa	progressivement après évaluation annuelle
Centre de Réadaptation d'Ottawa	progressivement après évaluation annuelle

3.3. La stratégie de promotion

Le groupe a formulé diverses stratégies visant à assurer la publicité de ce plan à la communauté ergothérapique régionale et nationale. Ce désir de bien orchestrer la promotion du plan démontre le souci du groupe d'influencer les autres preneures de décision et les inciter à réfléchir sur leur propres actions.

Cette planification est illustrée au schéma VI (inspirée de P. Collerette, 1983) qui apparaît à la page suivante. Cette stratégie de promotion déborde le mandat du groupe de recherche. C'est pourquoi quatre personnes ont été mandatées pour agir en tant que groupe de coordination dont le mandat est double soit: 1) de s'assurer de la bonne mise en application du plan régional au sein des milieux ayant participé à son élaboration et 2) de voir à la promotion du plan au sein de la communauté ergothérapique. Chaque membre du groupe de recherche s'est engagée dans l'un ou l'autre des éléments du plan et cet engagement est identifié dans le procès-verbal du 7 septembre 1990.

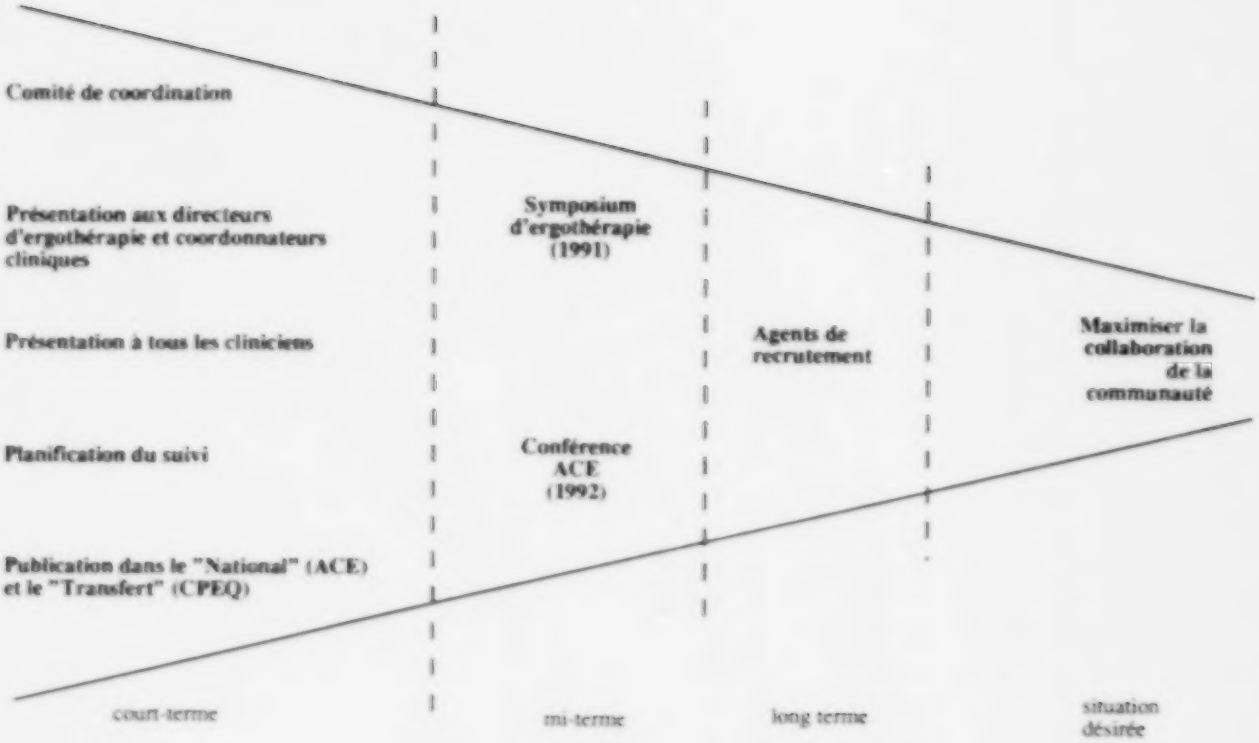


Schéma # VI

La promotion de notre planification régionale auprès de la communauté ergothérapique

3.4. Liste de suggestions créatives de mesures d'appui cliniques

Les suggestions favorisant de nouvelles approches et des mesures d'appui sont regroupées en trois catégories soit: 1) celles rattachées aux cliniciennes, 2) celles rattachées à l'université et 3) celles destinées principalement aux administratrices. Ces idées sont énumérées au tableau #6 de la page 6ℓ.

La portée de ce plan et les nouvelles conceptions qui en découlent seront mises en évidence dans la section de l'évaluation de la recherche. Le rapport du questionnaire d'opinion et de notre démarche de résolution de problème a été envoyé à l'organisme de subvention contribuant ainsi à sensibiliser le ministère à la situation vécue.

DEUXIEME PARTIE

SYNTHESE DE LA REFLEXION
ET DES CONNAISSANCES

Cette étape de la démarche de recherche a certes été la plus excitante et la plus apaisante à la fois. Passionnante par la provocation à la réflexion et par l'invitation à rechercher une compréhension des éléments les plus significatifs de la démarche et par les avenues qu'elle a mises en perspective. Apaisante par le changement de rythme qui n'était plus guidé par un souci d'efficacité et de performance face à un groupe et une tâche mais plutôt par des exigences personnelles. Nous avons été portée dans cette partie de la démarche par la motivation à comprendre certains phénomènes qui se sont révélés au cours du processus. Le savoir qui en a résulté a émergé de la convergence progressive des éléments.

CHAPITRE V

Une analyse critique

Chaque réunion était suivie d'une réflexion auto-critique et d'une évaluation des résultats servant à induire des modifications dans la planification initiale afin de favoriser le changement souhaité. Ce chapitre propose une synthèse de l'analyse critique des fondements méthodologiques, théoriques et éthiques sous-tendant la démarche et décrit le retour sur l'action tout en spécifiant les réactions et les ajustements faits au cours du processus de recherche.

1. Les fondements de la recherche

1.1 La recherche-action.

1.1.1 Le concept de co-chercheur

Dans le modèle de recherche-action utilisé, les membres du groupe étaient définis comme des acteurs et non comme co-chercheurs (schéma III). C'est par la rigueur du cheminement, par une démonstration claire des étapes suivies,

par des références aux cadres théoriques et par la cueillette de données que les participantes ont eu le sentiment de faire partie intégrante du processus de recherche. Notre intention première était de les initier progressivement à des éléments plus théoriques de recherche mais cette position a été modifiée suite à la première rencontre où il a été constaté que peu de gens étaient motivés par cet aspect (tableau # 1). Une des participantes qui a une formation de chercheure en sciences cliniques et qui se réfère au paradigme scientifique a questionné à quelques occasions la nature de cette recherche. Ses commentaires et un retour sur l'expérience vécue ont provoqué un questionnement face au concept de co-chercheur. Après réflexion, il nous semble que les membres deviennent co-chercheurs dans la mesure de leur participation à la réflexion qui suit l'action c'est-à-dire à la création de liens. Sans cette implication dans la compréhension des divers éléments générés en cours de processus, les intervenants demeurent principalement acteurs. Dans le cadre cette démarche, les deux personnes impliquées dans la triangulation par la lecture du journal de bord suite aux enregistrements défectueux ont peut-être joué un rôle de co-chercheur. Les autres participantes ont peu été impliquées dans la réflexion, et le degré d'appropriation des nouvelles valeurs est peut-être moins grand que si l'analyse avait été

faite au sein du groupe.

1.1.2 L'importance de l'engagement

Une des participantes a mentionné dans son évaluation finale qu'elle ne percevait pas de problème et qu'il lui a été parfois difficile de comprendre le déroulement de la démarche. Il s'agit de la même intervenante qui a questionné la dimension recherche. De par ses fonctions cette dernière n'a pas à solliciter la participation des ergothérapeutes au volet clinique et son expérience personnelle fait foi d'un intérêt professionnel pour l'enseignement clinique. Ses commentaires confirment l'importance d'un des postulats de la recherche-action voulant que la problématique faisant l'objet de la recherche soit pertinent au sujet ou à l'acteur. La relation sujet-objet est déterminante. Lorsque le processus a été complété une autre participante a avoué qu'elle avait des résistances au début car son milieu participait plus que les autres. Elle entrevoyait le problème comme étant celui des autres. Ces résistances avaient été perçues et des efforts ont été faits pour lui faire saisir qu'elle pouvait agir comme catalyseur pour le groupe. Son implication a été longue à venir et nous comprenons mieux maintenant le pourquoi.

1.1.3 L'aspect itératif de l'évaluation

L'évaluation continuelle de la démarche a joué un rôle essentiel dans ce processus de groupe. Cela a principalement permis de créer un espace favorisant l'expression du ressenti. En effet, l'évaluation régulière des réunions a amené chez la chercheure une prise de conscience au plan émotif d'éléments difficilement saisissables en cours d'action dû au stress et à la pression pour accomplir la tâche. Ces évaluations ont favorisé un ajustement lors des sessions suivantes. A quelques occasions la chercheure a pris le risque d'exprimer ses inquiétudes au groupe et à chaque fois l'expérience a été très positive, le tout étant fait dans un souci de transparence et de cohérence avec l'approche de confluence. Ces évaluations ont favorisé un nouveau construit de la réalité et en orientant l'action, elles ont contribué à la transformation souhaitée. De plus, ces périodes ont permis aux participantes d'apporter au groupe leurs perceptions des changements simultanés qui prenaient place dans leur département d'ergothérapie.

1.1.4 Les lacunes du modèle de recherche utilisé

Reprenant la typologie de Huberman, notre modèle se situe dans la troisième catégorie à savoir les modèle de résolution de problème mettant en cause à la fois un processus de

conscientisation et un changement d'attitude. A plusieurs occasions nous avons remarqué que l'évolution qui prenait place au sein de notre groupe avait des répercussions sur les destinataires ultimes de la planification souhaitée c'est-à-dire les cliniciennes elles-mêmes qui agissent comme superviseures et qu'inversement leurs réponses influençaient les gestionnaires. Cependant, notre modèle ne reflète pas cette perméabilité à l'environnement extérieur. Bienque nous ayions considéré cette démarche de recherche dans une optique systémique, nous constatons que la dimension d'interrelation avec le milieu extérieur n'est pas spécifiquement illustrée dans le schéma # 11 alors que nous estimons maintenant qu'elle a été déterminante dans le changement d'attitude des participantes. Toutefois, le modèle utilisé reflète adéquatement l'aspect participatif tel que précédemment décrit dans la nomenclature de Raimbault et qui a été la trame de ce processus de groupe.

1.2 Les méthodes de cueillettes de données

1.2.1 Le groupe nominal

Cette méthode de cueillette de données a été un outil puissant d'efficacité permettant d'alterner le travail individuel et le travail de groupe, d'encourager la participation égale de tous les membres et de dépersonnaliser

le contenu des discussions. L'approche a favorisé l'appropriation des résultats par chaque participante. La question nominale choisie doit être très claire et précise. Par conséquent, beaucoup de temps a été consacré à la formulation des questions et à leur validation auprès de collèques ce qui a été déterminant dans le processus de cueillette de données. L'auteure avait initialement sous-estimé le temps requis pour préparer des questions nominales.

1.2.2 Le journal de bord

Il a servi de canevas à la description fine de l'action, du processus de changement du groupe et du processus de changement personnel de la chercheure. En permettant de recenser et de fixer par écrit l'impression immédiate après les rencontres, il permet une libération du ressenti et l'expression première de certaines explications. Cet outil encourage une exploration en profondeur et rapporte plus en détails les faits que ne le font les procès-verbaux. Il a facilité une certaine distanciation bénéfique face au processus. C'est ainsi que l'importance de clarifier l'aspect linguistique lors de la 4ième rencontre n'est apparue que suite à la relecture du journal de bord. Le journal était divisé en deux sections soit le récit spontané et une grille permettant de classifier les éléments selon les cadres

théoriques utilisés. Cette classification a grandement facilité le travail d'analyse par la suite. Il s'agissait pour l'auteure d'une première utilisation de cet outil qui au début était perçu avec un peu de scepticisme et a été rédigé pour répondre à la rigueur de la démarche. L'expérience concrète de rédaction et de relecture du journal a contribué à faire saisir la puissance et la richesse de cet outil comme élément de cueillette de données indispensable à la création d'un sens nouveau.

1.2.3 Le questionnaire

Le questionnaire avait été élaboré à l'automne par la chercheure lors d'un cours sur les méthodes de cueillette de données quantitatives. Son utilisation a été très pertinente dans le processus de résolution de problème car il a permis de recueillir l'opinion des cliniciennes sur la formation clinique et d'obtenir des informations importantes dans la prise de décision selon une approche systémique. Les résultats ont démontré clairement un écart entre la perception des administratrices et de l'université et la réalité décrite par les cliniciennes à savoir que les praticiennes sont motivées à participer sur une base individuelle. Suite à cette consultation, les chefs de service du groupe ont rapporté percevoir un changement chez leurs cliniciennes qui se

disaient plus impliquées dans le volet clinique. Le traitement des données a été fait par une firme professionnelle avec le programme SPSS-X.

1.3 La dimension éthique

Le contrat a permis de clarifier les termes de l'entente et de redistribuer le pouvoir aux membres du groupe en leur assurant dès le début du processus la propriété sur le produit fini. Cet outil a joué un rôle important pour les participantes. Plusieurs d'entre elles l'ont acheminé à leur supérieur immédiat. Les noms de toutes les membres du groupe apparaissent sur l'article soumis au bulletin d'information national. La dimension éthique a aussi été soulevée lors de la transmission des résultats du questionnaire ceux-ci ayant été donnés aux membres du groupe de recherche avant qu'ils ne soient transmis aux répondants eux-mêmes. Cela a été l'occasion pour l'auteure de se familiariser avec les procédures de l'université en ce qui a trait au comité d'éthique. La chercheure a dû clarifier à quelques occasions au cours de cette démarche les valeurs de la recherche-action auprès d'une participante qui se référait au paradigme scientifique. De plus, la problématique traitée était tellement reliée au contexte de travail de la chercheure qu'il devenait parfois difficile de faire la démarcation entre la recherche

et les tâches de travail. La directrice du programme ayant appuyé le projet et la chercheure bénéficiant de l'autonomie voulue dans son travail, le projet a pu être mené à bien. Cependant il est devenu apparent au cours de la démarche qu'il aurait pu y avoir des conflits si la situation n'avait pas été clairement exposée avant de débuter le projet. Une communication ouverte et régulière a permis le bon déroulement de la recherhe.

1.4 La pertinence et la complémentarité des cadres théoriques utilisés

L'approche de confluence de Lalanne a favorisé la convergence des énergies vers une réalisation commune tout en mettant à profit les ressources de chacune des membres. Le résultat obtenu est le produit d'un cheminement de toutes les intervenantes. L'auteure a enrichi sa vision de la problématique tout comme les autres participantes et les résultats obtenus ont de loin dépassé les attentes de la chercheure principale. Ce sentiment permet de confirmer qu'il n'y a pas eu de manipulation mais une réelle concertation et une évolution congruente avec le système proposé. Les notions relatives au changement d'attitude ont plus particulièrement favorisé la création par la chercheure principale d'un espace pour l'exploration des dimensions émotives. Collerette

souligne l'importance de l'information dans un processus de changement et mentionne tout particulièrement trois aspects: la qualité, la quantité et la crédibilité de l'information. Lors de l'évaluation finale, les participantes ont confirmé le rôle essentiel qu'a joué l'information donnée. Cependant, la grande majorité des informations transmises avait déjà été donnée soit par écrit ou encore lors des sessions d'information régulières. De toute évidence, elle n'avait pas été reçue. Nous avons donc modifié la façon de donner l'information pour permettre une autre lecture et favoriser l'émergence d'une nouvelle perception. Nous suggérons que la forme et la présentation de l'information doivent être soignées tout autant que les trois autres composantes identifiées par Collerette. L'information doit être présentée de façon à être pertinente pour le receveur. C'est ainsi que depuis le début, l'université assure 20% des stages en milieux non-traditionnels mais cela n'avait jamais vraiment été perçu comme une contribution affectant positivement la demande faite sur les milieux. La reformulation de notre participation a permis aux participantes de réaliser que l'université ne remettait pas complètement la fonction de formation aux milieux mais avait trouvé des stratégies pour assurer une autre forme de participation. Vu sous l'angle de l'application de la théorie de la personnalité de Gendlin appliquée au

changement social tel que proposé par Garneau, nous proposons que cette nouvelle façon pour le groupe de comprendre la participation de l'université correspond à l'étape de l'application golbale. En effet, une nouvelle relation signifiante s'est installée entre les événements et l'expérience émotive vécue par les participantes, cette expérience émotive ayant été positive.

Les concepts de motivation et de responsabilisation du personnel de Rondeau ont permis d'outiller les gestionnaires dans leurs fonctions d'administratrices ayant à motiver leur propre personnel face à la tâche de superviseure. Ces notions ont aussi été appliquées dans l'élaboration du questionnaire et ont donné les assises pour une prise de décision efficace congruente avec le sentiment développé de responsabilité. Cependant, la croyance initiale que nous avions en un manque de motivation à participer au volet clinique nous semble aujourd'hui refléter une certaine étroitesse d'analyse face à la situation problématique. En effet, l'approche systémique de Bertalanffy et les notions de résistances au changement de Harvey ont permis de requestionner la réalité et de prendre en considération toute une gamme de facteurs pouvant influencer la situation. Ainsi, notre tâche semble d'avoir été d'offrir un terrain pour permettre une expression du ressenti et de développer une attitude de résolution de

problème. A la conception plutôt mécaniste de la motivation au travail, nous avons ajouté la création d'un climat. L'analyse systémique a surtout servi à l'auteure pour provoquer un élargissement de sa propre lecture du problème et pour faire accepter l'utilisation du questionnaire. L'influence de ces notions dans le groupe lui-même s'est faite de façon plus indirecte que les autres éléments du cadre théorique. En effet, il nous semble que les conceptions apportées via une lecture systémique étaient trop éloignées des préoccupations quotidiennes des participantes confirmant ainsi les propos de Harvey. L'approche de créativité de Parnes a favorisé la création d'un climat d'engagement et d'ouverture et a provoqué une exploration différente de la problématique. Le jugement différé a contribué au développement d'un sentiment de respect indispensable à une collaboration réelle.

Le cadre théorique ne comportait pas de notions spécifiques à la dynamique des groupes. Au cours de la démarche, cela a été ressenti comme une lacune qui a été comblée en s'inspirant de Y.St-Arnaud. Les notions supplémentaires acquises ont permis une meilleure compréhension du processus. Compte-tenu des caractéristiques du groupe, des contraintes de temps et des habiletés propres de l'agente de changement, le cadre théorique utilisé a été

adéquat, les diverses théories étaient complémentaires et ont permis la réussite du projet. Un certain équilibre entre l'orientation vers la tâche et l'orientation vers le processus vécu a été atteint.

2. Le déroulement de l'action

L'action ne s'est pas déroulée de façon linéaire et les nombreux rebondissements ont suggéré une réaction et parfois une réorientation du processus. La souplesse de la méthodologie permettait ces ajustements. Ces modifications ont été regroupées en quatre thèmes soient 1) le ralentissement du rythme de la recherche, 2) le renforcement des interactions du groupe 3) le mandat initial et les conditions d'efficacité, et 4) le processus de transformation du groupe.

2.1 Le ralentissement du rythme de la recherche

Le rythme de la démarche a été plus lent que prévu . Ceci peut être attribuable au non-respect de l'horaire (les rencontres débutant toujours en retard), à l'inexpérience de la chercheure dans la cueillette de données selon le groupe nominal et à la taille du groupe (12 personnes plutôt que 8). De plus, une sélection plus judicieuse de l'information transmise aurait pu permettre de gagner du temps. Après réflexion, il semble que ce souci de passer autant

d'information théorique puisse refléter l'insécurité de l'agente de changement. Suite au vote de la première rencontre où seulement quatre des douze participantes se disaient plus particulièrement intéressées à l'aspect recherche, un réajustement a été fait quant à la quantité d'explications portant sur les dimensions de recherche. L'importance donnée à l'information s'est peut-être faite au détriment de l'analyse (en groupe) du processus vécu.

La réunion portant sur la question linguistique (réunion #4) n'avait pas été vraiment planifiée occasionnant ainsi un retard dans la planification originale. Cependant, de l'avis de tout le groupe, cette discussion a joué un rôle déterminant sur la suite du déroulement de la démarche,tant au plan du climat de travail que de l'efficacité et de la cohésion du groupe. L'agente de changement avait pris le risque de mentionner son sentiment de frustration suite à la rencontre précédente (réunion #3) et son besoin ressenti de clarifier la question linguistique avant de poursuivre la démarche. Il en est découlé tout naturellement une clarification du concept de rigidité formulé dans un des énoncés. Il est maintenant estimé que le temps consacré à cette mise au point a permis de gagner du temps dans la prise de décision finale, les résistances ayant grandement diminuées après cette rencontre. C'est ainsi que le processus de diagnostic n'a été complété

qu'après la quatrième rencontre et le véritable engagement a été ressenti et verbalisé à partir de la cinquième rencontre.

Afin de réajuster le rythme de la démarche, le nombre de défis à traiter a été diminué dès la quatrième rencontre passant de cinq à trois. Le groupe a donc limité son mandat aux défis B-H-G tel que reformulés, les autres éléments de la cueillette de données ayant été référés à un autre comité (comité consultatif à la formation clinique). Une réunion supplémentaire a été ajoutée en septembre mais cette décision n'a été prise qu'à la réunion de juillet le groupe s'étant jusque-là opposé à prolonger le processus.

2.2 Le renforcement des interactions de groupe

Afin d'assurer une uniformité dans les connaissances de base face au processus de recherche, une réunion particulière a été tenue le 9 mars pour les trois participantes qui n'avaient pu se joindre à la première réunion. Cette rencontre a facilité l'implication progressive d'une des intervenantes qui était nouvelle dans la région comme chef de service. Bien que les participantes se soient toujours dites satisfaites du climat de travail, dès la troisième rencontre l'auteure identifiait dans son journal de bord un malaise quant à la qualité du réseau social et des contacts entre les

participantes principalement avant les rencontres et pendant les pauses. Les membres du groupe se mélaient très peu et les échanges informels étaient réduits au minimum. Afin de favoriser un climat d'échange avant les réunions, le café et le goûter ont été fournis dès le début des rencontres plutôt qu'à la mi-session et le menu a été modifié. Ces changements ont été grandement appréciés plusieurs participantes n'ayant pas le temps de prendre leur dîner avant la réunion. Ce point a d'ailleurs été soulevé dans l'évaluation finale. La salle du conseil utilisée lors de la deuxième rencontre n'était guère favorable aux échanges, les réunions ultérieures se sont toutes déroulées dans un local plus clair et plus spacieux favorable aux interactions et à la mobilité du groupe.

Afin d'encourager le travail avec différentes collègues et de créer un certain réseau d'influence l'approche a été modifiée favorisant selon les sessions, le travail individuel, en dyade, à trois, à quatre et à cinq avant de revenir en plénière. Cette stratégie n'avait pas été initialement planifiée. Il est intéressant de noter que les francophones et anglophones se sont plus mélées après la discussion portant sur la politique linguistique de l'université. A la fin de cette rencontre l'auteure soulignait dans son journal le sentiment ressenti que les membres du groupe étaient maintenant prêtes au travail. Cela a été confirmé dans

l'évaluation de la cinquième session où on a mentionné l'existence d'un sentiment d'engagement. Les participantes s'exprimaient dans les deux langues et les données ont été rapportées dans le procès-verbal dans la langue dans laquelle elles ont été formulées.

Certains éléments parallèles à cette démarche de recherche ont aussi été utilisés pour renforcer le sentiment de fierté et consolider le réseau social. C'est ainsi qu'ont été systématiquement rapportés tous événements qui pouvaient apporter une crédibilité au programme et démontrer aux participantes qu'elles étaient conviées à participer à un entreprise prometteuse. Les annonces suivantes ont été faites: 1) l'obtention de l'agrément du programme par l'Association canadienne des ergothérapeutes,2) l'acceptation par le Sénat de l'université de la politique de double affectation donnant droit à un rang universitaire clinique aux collaboratrices et les assurant de certains privilèges à l'université ,
3) l'obtention de la subvention du ministère de la santé de l'Ontario pour la présente recherche. Une autre modification ayant trait au réseau social a été l'inclusion dans notre groupe d'une représentante non-votante à partir de la rencontre #7 en remplacement d'un chef de service qui prenait sa retraite. Bien qu'il avait été décidé dès la deuxième rencontre que le groupe était fermé, l'agente de changement

a donné son accord pour que ce membre se fasse remplacer par sa thérapeute senior et ce, sans consulter le groupe. L'initiative pris par ce membre de proposer son remplacement témoignait d'un changement d'attitude important et démontrait la crédibilité donnée au projet. En effet, celle-ci avait elle-même exclu l'idée au début de la démarche de libérer un membre de son personnel pour participer à cette recherche. Comme il s'agissait d'un service important et particulièrement timide dans sa collaboration avec l'université, la poursuite de la participation revêtait un caractère stratégique. Après avoir pris conscience que la décision avait été prise de façon unilatérale, sous le coup d'un élan d'enthousiasme, il est devenu évident pour l'agente de changement qu'une concertation s'imposait. L'acceptation de ce membre a donc été négociée lors d'une consultation téléphonique individuelle (9 des 11 intervenantes ont pu être rejointes). Cette acceptation n'a pas été facile et des arguments politiques ont dû être utilisés. L'inclusion de cette personne sans l'accord préalable des membres aurait pu causer des frustrations et remettre en question la dimension collaborative. Comme le groupe était surtout orienté sur la tâche, l'attitude de la chercheure de partager son ressenti au fur et à mesure a contribué à créer ce climat d'ouverture et de confiance et de favoriser l'expression émotive des participantes malgré

l'efficacité recherchée.

2.3 Le mandat initial et les conditions d'efficacité

Le projet devait se dérouler sur une très courte période. Face au ralentissement de la démarche décrit plus tôt, l'auteure écrivait dans son journal, suite à la deuxième rencontre,son questionnement face à l'utilisation d'une approche plus directive et contrôlante dans un souci d'efficacité. Cette réflexion n'a pas été retenue et après avoir accepté de prendre plus de temps à la définition du problème le processus s'est précipité. Afin de contrer l'approche plus intellectuelle de définition de la responsabilité partagée, il a été décidé d'utiliser une représentation graphique en suivant les étapes de créativité de Parnes. Cette activité a permis de contourner les explications rationnelles et d'obtenir une image concrète et directe de leur conception de la responsabilité. A ce moment, la chercheure a réalisé qu'elle devait approcher le groupe par des activités très concrètes, les participantes présentant des capacités d'abstraction variables d'un individu à l'autre. Cette constatation a permis un réajustement et a favorisé l'efficacité de la démarche. Bien qu'il ait été convenu lors de l'engagement des gens dans le processus de recherche qu'il n'y avait pas de travail à faire en dehors des rencontres, un

travail leur a été demandé à la rencontre # 5 pour accélérer l'achèvement de la représentation graphique. A la session suivante six des douze membres ont présenté une nouvelle représentation. Cette demande de travail personnel a été facilitée par l'acceptation de la subvention et donc des frais d'honoraires qu'allaient recevoir les participantes. Toujours dans un souci d'efficacité, lors de la huitième rencontre l'agente de changement avait retravaillé la représentation graphique et a apporté une proposition au groupe compte tenu que le temps avançait.

Les premières réunions se terminaient toujours avec des résultats concrets. Cependant, lors de la rencontre # 5 il s'est vécu un sentiment d'inachèvement et de frustration clairement formulé lors de l'évaluation, la tâche n'ayant pu être complétée alors que les participantes s'attendaient à la terminer. Il a donc été clarifié au début de la rencontre suivante que plusieurs défis seraient traités en parallèle afin de permettre un mûrissement de nos réflexions. La clarification des attentes dès le début a contribué à contrer ce sentiment d'inachèvement face à la tâche. Cette attitude a été une mise en application concrète de la théorie sur la motivation spécifiant l'importance de clarifier les attentes.

Les informations ont été ajustées aux demandes du groupe et il est arrivé que certains documents qui avaient été prévus

pour une certaine session aient été distribués à un moment qui est apparu plus stratégique en cours de processus et pouvant maximiser la compréhension et l'efficacité de la démarche.

Afin de permettre un ajustement aux contraintes de temps et aux limites d'horaire des membres du groupe de recherche, l'évaluation écrite telle que planifiée après chaque rencontre a été convertie en évaluation verbale pour six des neufs rencontres. L' évaluation faite par la chercheure principale a respecté le plan prévu.

La stratégie de départ visant l'utilisation des données provenant du questionnaire d'opinion sur la formation clinique qui était destiné aux ergothérapeutes de la région a dû être révisée suite à un délai dans l'obtention de la subvention. En effet, bien que la subvention ait été confirmée verbalement en décembre 1989, la confirmation écrite n'a été envoyée qu'à la fin mars, alors que le processus de recherche-action avait déjà débuté. Afin de préserver la dynamique de travail basé sur une confiance de groupe, le questionnaire a été soumis aux membres pour analyse et acceptation après quoi il a été distribué aux cliniciennes. Les membres du groupe ont accepté de cautionner cette cueillette de données en permettant de personnaliser chaque questionnaire, nous fournissant les noms de leurs cliniciennes. Nous avons dû procéder très rapidement pour faire distribuer le questionnaire et réaliser la

compilation à temps pour pouvoir tenir compte des résultats dans l'élaboration de notre plan.

L'efficacité de la dimension recherche est reliée aussi à la rigueur dans la cueillette de données. Cette cueillette s'est faite selon le plan établi sauf à deux occasions. En effet il avait été planifié que le processus de décision se finaliserait par un vote selon le groupe nominal. Cependant, ayant un consensus pour les deux premiers éléments du plan, le vote n'a eu lieu que pour la norme #). Lors de la deuxième session où une liste des obstacles empêchant d'augmenter la participation des cliniciens a été élaborée il avait été convenu de voter par la poste. Cependant, suite à des échanges avec quelques personnes qui ont prolongé la rencontre, cette décision a été révisée jugeant qu'il était préférable pour la crédibilité du vote et la cohésion du groupe de voter ensemble au début de la rencontre suivante. L'enregistrement de la session du processus de quête divergente de solution n'a pas fonctionné dû à des défectuosités techniques. Afin de compenser pour cette lacune, le journal de bord a été lu par une participante et le groupe a été avisé de cette difficulté. Une triangulation avec deux membres du groupe a aussi été utilisée à deux occasions afin de discuter de mes perceptions ce qui a amené un éclairage différent. Cette forme de collaboration n'avait pas été prévue dans le plan initial. De

plus, du temps a été accordé lors de trois séances afin de permettre à toutes les participantes de lire le procès-verbal, certaines personnes n'ayant pu s'acquitter de cette tâche avant la rencontre.

3. Le processus de transformation du groupe

3.1 Le point de confluence

Lors de l'élaboration du projet il nous semblait que le point probable de confluence serait la responsabilité professionnelle. L'analyse des données nous a cependant révélé que ce point a vraisemblablement été le partage de la responsabilité plutôt que le sentiment de responsabilité lui-même. En effet, la phase de diagnostic a permis d'identifier qu'une tâche importante était la clarification du concept de responsabilité partagée. Au cours des quatre premières rencontres l'auteure a été préoccupée par le désir de créer une lecture plus large de la problématique chez les membres du groupe car les soucis qui les habitaient étaient principalement de l'ordre du quotidien tel que le démontre la cueillette de données portant sur les obstacles à augmenter le taux de participation de leur personnel. Les énoncés portant sur la profession de façon globale n'ont jamais vraiment eu la faveur du groupe. Ces énoncés ont presque systématiquement été apportés par les deux représentantes de

l'université et une autre membre du groupe plus visionnaire et déjà très collaborante avec le programme. L' élargissement de vision souhaité a émergé lors de la formulation des défis à partir de l'approche de Parnes. La clarification de l'impression de rigidité a aussi apporté un éclairage nouveau, les participantes pouvant réaliser après la discussion sur le bilinguisme et la présentation des efforts concrets mis en place pour intervenir depuis le début sur chacun des problèmes que l'université avait déjà fait montre de flexibilité à plusieurs plans. En désamorçant cette idée de rigidité, l'action a pris une orientation de collaboration réelle. Alors que les premières rencontres ont été teintées d'un aller-retour de préoccupations individuelles et quotidiennes à un sentiment de responsabilité professionnel, assumé selon les membres de façon importante, les quêtes divergente et convergente de solution ont débordé des cadres traditionnels. Se référant à la proposition de Garneau d'analyser ce processus selon la théorie de la personnalité de Gendlin, on peut suggérer que cette première période de diagnostic a servi de référence directe et a permis d'arriver au déploiement lorsque l'intensité a été suffisante pour aboutir à une symbolisation de groupe. Cette symbolisation collective qui s'est faite autour du partage de la responsabilité a permis d'accélérer le processus et de favoriser un changement

des significations ressenties et ainsi d'ouvrir la voie à une nouvelle action basée sur une nouvelle compréhension de notre réalité régionale. Cette période constitue la décristallisation telle que décrite par Lewin. Il est intéressant de noter que l'auteure était convaincue que l'université avait déjà démontré beaucoup d'ouverture et prenait inconsciemment pour acquis que l'effort devait venir principalement des milieux cliniques. Ce n'est que lors de l'analyse du processus que l'auteure a pris conscience du besoin des chefs de service de sentir que la formation clinique ne reposait pas totalement sur leurs épaules. Ces administratrices désiraient sentir que l'université agissait concrètement pour alléger la demande sur les milieux cliniques participants et qu'elle contribuait ainsi à un vrai partage. Cette constatation explique pourquoi l'information de la contribution de 20% de places de stage annuellement en milieu non-traditionnel a joué un rôle si important même si cette contribution existe depuis le début du programme.

3.2 Le climat de confiance

La complicité s'est créée progressivement au fil du sentiment de sécurité éprouvé lors des sessions et de l'impression d'efficacité face à la tâche. Ce sentiment de sécurité a été bâti en démontrant aux participantes que

l'agente de changement était compétente dans le sujet traité et dans l'approche utilisée, qu'elle était bien organisée et contrôlait la situation. Le choix de l'auteure d'agir en toute transparence et les risques pris à mentionner certains sentiments d'inconfort et d'insatisfaction ont contribué à la création d'un climat d'ouverture. Il nous semble que la démonstration par l'auteure de sa capacité à prendre certains risques a pu servir de modèle. Le climat de collaboration a aussi été favorisé par la démonstration par l'agente de changement qu'elle ne possédait pas la réponse et par son acceptation que sa vision ne soit pas retenue. La vulnérabilité de l'auteure et l'explication claire de ses valeurs ont teinté le cheminement du groupe dès le début la démarche. Les résistances se sont peu à peu estompées et on a pu noter un très léger retour de résistance lors de la prise de décision. Le fait de présenter la planification dans une optique triennale a contribué à rassurer les participantes. Deux membres sont demeurées plus résistantes et leur réaction a été plus réservée dans leur engagement final.

3.3 L'évolution des rôles

L'analyse des données a permis de mettre en évidence une évolution du rôle de l'intervenante qui s'est faite, disons-le, à son insu. En début de processus, l'auteure a eu un rôle

d'experte ayant travaillé à la conception et l'implantation de la recherche. La déclaration claire des valeurs d'ouverture et de collaboration comme ferments de la démarche a donné le ton au processus. Ce rôle d'experte a été tenu principalement lors de la phase de formation du groupe. Pendant toute la phase de diagnostic, l'auteure a agi comme animatrice et spécialiste du processus pour assurer le bon déroulement des rencontres et elle a participé aux votes. Cette attitude s'est rapprochée de celle d'un collaboratrice en solution de problème qui stimule les participants et participe aux décisions. Le début de la phase de quête de solution s'est aussi déroulé sous ce signe. Cependant, après avoir réalisé que plusieurs des propositions apportées par l'auteure n'étaient pas retenues par le groupe et avoir pu utiliser un peu d'humour, il s'est produit une modification en douceur de l'attitude de l'intervenante et son retrait progressif du processus de décision. Lors des trois rencontres portant sur cette étape de décision, l'auteure s'est contentée d'agir en tant que spécialiste du processus de recherche et de pourvoyeure d'information, elle n'a pas vraiment participé à l'élaboration des solutions et s'est contentée de voter. A l'occasion, par souci d'efficacité, une intervention a été faite pour assurer que la tâche serait complétée. La prise en charge progressive de la démarche par le groupe s'est faite

parallèlement à ce changement de rôle du leader. Selon nous, la fin de la phase de diagnostic a marqué le début de la véritable attitude de résolution de problème par les participantes et la prise en charge du groupe par lui-même s'est faite lors du processus de quête divergente de solution. En référence au modèle de changement de Lewin, cette phase de diagnostic semble correspondre à la période de décristallisation et le processus de quête divergente de solution correspond au mouvement. Cela a donné lieu à la formulation de solutions qui ont de loin dépassé les attentes de la chercheure qui n'aurait jamais osé aller si loin dans l'engagement des participantes. Il nous semble que les participantes ont été engagées dans une véritable recherche de solution innovative conformément à la nomenclature apportée par Collerette. Ceci confirme l'importance que les solutions viennent des personnes directement impliquées dans la situation. Dans cette dernière partie de la démarche, l'auteure a principalement servi à fournir l'encadrement. Cette modification de rôle témoigne aussi d'une confiance plus grande de l'agente de changement dans les capacités d'action du groupe et confirme le caractère participatif de la démarche.

En résumé, l'approche de Garneau utilisant les phases de la théorie de la personnalité de Gendlin est un support fort intéressant pour saisir la logique du processus de transformation du groupe. Il nous semble plus complet que l'approche de Lewin et permet de tenir compte de façon plus spécifique de la double dimension individuelle et de groupe de même que du caractère progressif et continu du changement.

CHAPITRE VI

Une nouvelle compréhension de la réalité

La première phase de cette étape de réflexion a été la distanciation face au processus. Les données ont reposé près de deux mois avant d'être traitées. L'analyse a débuté par la relecture systématique du journal de bord, des procès-verbaux de même que du cadre théorique. Lors du dépôt du projet de recherche la grille d'analyse n'existait qu'à l'état d'ébauche. Afin de faciliter l'observation fine de l'action, les faits marquants, les rebondissements et les révélations ont été retranscrits selon une grille temporelle à partir des catégories utilisées dans le journal de bord. L'analyse des données a permis une nouvelle lecture de la réalité. Dans ce chapitre nous mettrons en évidence que le manque de motivation était un faux problème, nous questionnerons le leadership des ergothérapeutes et dénoncerons une incohérence des systèmes de santé et d'éducation.

1. La motivation: un faux problème.

Partant de la réponse timide des milieux face à la

demande de collaboration au volet clinique depuis les deux dernières années, l'auteure croyait lors de l'élaboration de cette recherche que sa tâche principale serait de motiver les gestionnaires. Cette vision a été plusieurs fois remise en question lors du processus de recherche. En effet, lors de la présentation du projet au groupe des chefs de service d'Ottawa en janvier 1990, la réponse a été très réservée, tel que discuté précédemment, ce qui venait en quelque sorte renforcer la croyance en un manque de motivation. Nous redoutions même de ne pas avoir suffisamment de participantes pour initier le projet. Il a donc été très étonnant de constater que 16 des 17 directrices d'ergothérapie invitées à participer ont finalement donné une réponse affirmative. La réponse individuelle a été très différente de celle donnée lors de la présentation en groupe où deux personnes plutôt résistantes avaient fait obstruction au projet. Les contacts individuels semblent revêtir une importance particulière dans la dynamique de la région. Il semble que le groupe soit bloqué dû à la présence de personnes s'opposant systématiquement à ce qui est présenté et empêchant ainsi le groupe d'être créatif. Ceci peut expliquer en partie l'inertie du regroupement des gestionnaires de la région. Le contact individuel est donc une stratégie à retenir pour les interventions futures.

Lors de la cueillette de données #1, on a constaté que la motivation première pour participer à la recherche résidait dans un fort sentiment de responsabilité professionnelle en tant que chefs de service (tableau #1). A ce moment, l'établissement de normes régionales arrivait au quatrième rang d'importance. Notre perception face à la motivation a donc été remise en question à nouveau. Cependant, lors de la deuxième rencontre où les participantes devaient dire comment elles se sentaient lorsqu'elles devaient demander une participation de leur personnel au volet clinique, on a constaté que près de la moitié des participantes se sentaient obligés et avaient l'impression de quémander alors que l'autre moitié était plus enthousiaste. Lors de la troisième rencontre, le vote révélait que l'établissement de normes régionales était le premier défi auquel le groupe désirait s'attarder, le second défi étant de clarifier le concept de responsabilité face à la formation clinique. Il semblait y avoir une certaine incohérence: comment ces preneures de décision pouvaient-elles à la fois se sentir hautement responsables et avoir comme problème de clarifier cette responsabilité? Comment expliquer le besoin de normes régionales si la responsabilité était si forte?

Alors que le manque de motivation et la nature des obstacles étaient souvent attribués aux cliniciennes, les

résultats du questionnaire sont venus contredire cette croyance, 91% des cliniciennes se disant prêtes à recevoir des étudiantes à chaque année. Ces résultats ont grandement surpris le groupe et ont permis un nouveau rapport entre les gestionnaires et le personnel. La crainte des chefs de service n'était plus fondée et la motivation des cliniciennes facilitait la nouvelle attitude des administratrices. Il n'y avait donc pas de problème de motivation de la part du personnel non plus. La question devenait donc: quelles sont les stratégies qui permettrait de donner plus de priorité à cette fonction et la valoriser?

Constatant la motivation existante dans la communauté, la création de critères régionaux est devenue un outil de gestion pour les participantes et une mesure d'appui pour l'université. Dans tout ce processus la subvention obtenue pour la recherche n'a pas été une source de motivation mais a plutôt apporté une certaine crédibilité à la tâche et a servi non pas à cautionner la participation des membres à la recherche mais plutôt à reconnaître leur apport.

2. Une remise en question du leadership

2.1 Le manque de formation comme gestionnaire

Les résultats de la cueillette de données portant sur les obstacles à demander une participation accrue au volet

clinique démontre que la problématique de formation clinique n'avait pas vraiment fait l'objet d'une approche de résolution de problème de la part de la majorité des participantes. Celles-ci n'avaient pas élaboré de plan pour faire face au changement occasionné par l'ouverture du programme d'ergothérapie et pour gérer les ajustements à faire dans leur service. Les résultats du questionnaire élaboré en prenant en considération les théories sur la motivation et responsabilisation du personnel ont démontré une attitude déficiente de la part des gestionnaires. En effet, la majorité des cliniciennes ne savent pas ce qui est attendu d'elles en ce qui a trait à la supervision clinique, la tâche n'est pas évaluée et n'est pas prise en considération dans la productivité et plusieurs cliniciennes disent ne pas ressentir d'appui ni de la part de leur supérieur ni de l'université. Les différentes données recueillies ayant permis de constater un niveau élevé de motivation de toutes les intervenantes, nous questionnons comment la tâche a été présentée et demandée aux cliniciennes et comment les chefs de service exercent leur leadership.

La majorité des gestionnaires en ergothérapie ont accédé à des postes de gestion au fil des ans sur la base non pas d'une formation administrative mais grâce à leur expérience acquise en tant que praticiennes et à la connaissance qu'elles

avaient du milieu. Ces caractéristiques influencent la façon dont les gens exercent leur pouvoir, la pratique administrative semblant reposer sur une approche intuitive, sur l'expérience acquise et sur le bon vouloir plutôt que sur une formation de gestionnaire. A partir des nouvelles connaissances acquises au cours de cette recherche, la planification régionale a été ressentie comme un outil de gestion parce qu'elle était appuyée sur des données théoriques et basée sur une valorisation de la formation clinique comme tâche professionnelle. L'inclusion dans la description de tâche et dans l'évaluation de rendement est maintenant perçue comme une façon de valoriser la tâche et non comme une façon de l'imposer.

En relisant les procès-verbaux il est devenu évident que les chefs de service sont en quelque sorte en position mitoyenne entre leurs cliniciennes et leurs propres patrons. Comme le soulignait une des membres du groupe, il est normal de valoriser ce qui est demandé par les supérieurs immédiats. Or,la formation clinique est une exigence professionnelle et la demande provient non pas du secteur de la santé qui est l'organisme payant mais bien du ministère d'éducation dont la fonction est de former des professionnels de la santé. L'encouragement à participer à la formation clinique ne fait pas partie de la description de tâche des chefs de service

bien que les administrateurs des hôpitaux et centre de réadaptation souhaitent pour la plupart que les milieux obtiennent l'agrément de l'Association canadienne. Cet agrément assure en premier lieu que le milieu est adéquat pour recevoir des étudiantes et en second lieu témoigne à l'employeur d'une reconnaissance professionnelle des services offerts. Les supérieurs des chefs de service sont des gestionnaires du réseau de la santé, et l'analyse des services d'ergothérapie est basée sur la productivité énoncée en terme de nombre de clients vus et sur la rentabilité. Après réflexion, il semble que la difficulté à s'impliquer davantage dans le volet clinique et donc à agir en toute cohérence avec le sentiment de motivation puisse peut-être refléter un conflit dans les valeurs du milieu, celles des administrateurs des établissements de santé et celles des chefs de service. On constate un manque de mesures d'appuis et d'incitatifs non pas pour les cliniciennes comme il avait toujours été véhiculé mais plutôt pour les directrices d'ergothérapie elles-mêmes. Ces dernières ne semblent pas outillées pour défendre auprès de leurs supérieurs et de leur personnel une priorité accrue au volet clinique. Il est intéressant de noter que bien que cela ait été suggéré dès la 6ième rencontre, cette explication n'a pas été retenue. Ce n'est qu'à la septième rencontre que les idées créatives de mesures d'appui ont commencé à être

orientées vers les besoins des chefs de service. Pour la première fois, celles-ci réclamaient indirectement des actions concrètes afin de se sentir appuyées dans leur tâche. Ceci n'a toutefois été verbalisé qu'à la huitième rencontre. Les chefs de service avaient toujours réclamé de la part de l'université des moyens de gratifier les cliniciennes qui participent à la formation clinique mais aucun regard n'avait jamais été jeté sur l'administration comme telle. Ces besoins étaient peut-être inavouables!

2.2 Le poids de la tradition

Un retour sur notre propre ressenti alors que la démarche de groupe était terminée depuis quelques semaines nous a permis de constater qu'en tant que coordonnatrice clinique ayant une position de leader et d'autorité partielle il nous arrivait de vivre les mêmes sentiments de frustration que les chefs de service et d'avoir l'impression de quémander et ce, malgré notre conviction que la tâche de supervision est une responsabilité professionnelle. Quel phénomène étrange de réaliser l'existence à une autre échelle des mêmes frustrations et difficultés dénoncées par les chefs de service à solliciter les ergothérapeutes. A partir des différents rôles joués dans notre carrière, à savoir clinicienne, superviseure, chef de service et maintenant coordonnatrice

nous avons cherché à comprendre d'où venait ce sentiment.

L'ergothérapie est une profession de relation d'aide à grande majorité féminine. Traditionnellement, les cliniciennes ont exercé les fonctions de superviseures cliniques sur une base volontaire et bénévole. Cette approche est basée sur le sentiment de responsabilité professionnelle doublé d'une croyance qu'une bonne superviseure doit faire cette tâche parce qu'elle aime cela et que de la forcer à superviser se ferait au détriment de la qualité de l'éducation donnée. D'où l'attitude de miser uniquement sur la bonne volonté des intervenantes pour participer à l'enseignement clinique. Cette perception traditionnelle est celle véhiculée au niveau national et ne semble pas tenir compte de la réalité des services de santé où les pressions pour produire se font de plus en plus fortes. L'importance des besoins de places de stage à l'échelle nationale invite à avoir une action collective pour appuyer les chefs de service dans leurs efforts à soutenir la profession. Il devient impératif d'analyser certaines mesures administratives et d'agir à un plan politique. Cette perception est très menaçante pour les représentantes de l'association professionnelle et ne trouve pas preneurs pour l'instant. Une rencontre en janvier avec les coordonnatrices de la province de l'Ontario a mis en évidence une persistance du point de vue traditionnel et une objection

à avoir une grille de lecture administrative.

Nous émettons l'hypothèse que le sentiment ressenti de frustration et l'impression d'avoir à quémander des places de stage tel que verbalisé par certaines membres du groupe et que nous avons nous-même ressenti plus tard est en étroite relation avec l'attitude véhiculée par ce groupe de leaders. Cette façon d'être et les valeurs des responsables au niveau national teintent l'attitude des chefs de service qui sollicitent leur personnel sur la base de leur bon vouloir uniquement et qui évite de clarifier leurs exigences.

Il apparait difficile pour plusieurs responsables à un niveau national et pour certaines coordonnatrices cliniques de concevoir que responsabilité partagée ne veuille pas nécessairement pas dire bénévolat et qu'une reconnaissance officielle clairement dite de la fonction est un moyen concret de valoriser ce rôle professionnel. Est-ce là le reflet d'une profession à forte majorité féminine d'individus habiles à faire des compromis et hésitant à prendre la place qui leur revient et à pratiquer leur pouvoir? Notre défi devient donc d'utiliser l'engagement pris par la communauté et la cohésion du groupe pour proposer un nouvel équilibre entre une fonction qui apparait maintenant dans la description de tâche et une véritable reconnaissance du système de la santé et de l'éducation.

3. Une incohérence des systèmes de santé et d'éducation

L' analyse systémique de la problématique a permis un élargissement de la réalité et a provoqué une autre lecture de la situation. Comme nous l'avons déjà mentionné, les stages cliniques sont une exigence professionnelle et la philosophie nationale stipule clairement que nous croyons dans une formation pratique intégrée progressivement au volet académique. La demande de participation provient donc du système d'éducation. Or nous traitons avec des services d'ergothérapie qui relèvent du système de santé et il n'existe aucune relation entre ces deux systèmes qui traitent la réalité chacun selon leur vision, les chefs de service d'ergothérapie étant pris entre les deux paliers d'intervention. Compte tenu de l'importance de la demande de participation au volet clinique, nous demeurerons dans l'impasse tant que des actions ne seront pas prises pour appuyer les gestionnaires dans leur système de référence. Il nous semble que l'attitude arrêtée de l'Association canadienne et de plusieurs coordonnatrices soit le reflet d'une lecture étroite n'incluant pas le système de santé.

Plusieurs actions sont possibles. On pourrait peut-être solliciter le ministère d'éducation pour des frais d'honoraires permettant aux services d'ergothérapie

participant à l'enseignement clinique de cumuler ces argents dans leur banque de perfectionnement. On pourrait aussi s'adresser au ministère de la santé et étudier la possibilité d'établir des équivalences statistiques pour les cliniciennes, ce qui permettrait d'inclure la fonction de supervision clinique comme productivité sans pénaliser les intervenantes au plan du rendement.

Une rencontre tenue en janvier 1991 avec des représentants du ministère de la santé, secteur de la main d'oeuvre, a mis en évidence la grande ignorance de ces gestionnaires face à la réalité de la formation clinique. Ceux-ci ont été très étonnés d'entendre que les mesures d'appui devaient être orientées vers les chefs de service plutôt qu'uniquement vers les cliniciennes elles-mêmes. Il semble qu'une révision des attitudes de bénévolat s'impose.

CHAPITRE VII

Les apprentissages et les savoirs générés

La formation constitue une finalité spécifique de la recherche-action. Cette visée éducative peut prendre diverses formes selon les individus et d'après notre modèle peut se traduire en savoir cognitif, en savoir-être et en savoir-faire. Dans ce chapitre, nous ferons état des apprentissages révélés par les actrices lors de l'évaluation finale. Par la suite, nous présenterons nos propres apprentissages et nous tenterons de faire la synthèse des savoirs non homologués générés au cours de ce processus de recherche. Nous terminerons en faisant part d'un certain questionnement qui demeure au terme de cette démarche.

1. Les apprentissages révélés par les actrices

1.1 Les apprentissages des actrices

Au cours de ce processus de groupe nous avons assisté à un échange constant de points de vue et de connaissances en provenance de chacune des participantes ce qui a favorisé une prise de conscience de la problématique. Le groupe s'est formé

à une action collaborative et chacun a pu bénéficier des connaissances théoriques apportées en cours de route à savoir les notions de motivation, l'approche de créativité de Parnes, l'analyse systémique, la cueillette de données selon le groupe nominal et la recherche-action. La qualité des informations a aussi permis de développer chez les participantes un certain jugement critique permettant de donner un nouvel éclairage à la situation analysée. Les autres apprentissages révélés par les participantes dans leur évaluation écrite sont une meilleure connaissance des collègues et du programme d'ergothérapie, la création de nouveaux liens, une meilleure compréhension du problème, la richesse de prendre en considération divers points de vue et la nécessité d'avoir une ligne directive tout en reconnaissant l'autonomie de chacun des milieux. Certaines personnes ont souligné avoir amélioré leurs aptitudes personnelles à articuler leurs pensées et leurs idées, et un membre a mentionné avoir réalisé que ses craintes et résistances n'étaient pas fondées. D'autres membres ont souligné avoir appris à partir de l'attitude du leader à faire face aux résistances alors que quelqu'un d'autre a dit avoir réalisé le besoin de la communauté d'avoir un leader. Au plan du savoir-être, les participantes ont développé une attitude d'ouverture face aux intervenantes de l'autre culture. Le groupe a appris une méthode de résolution

de problème et a évolué d'un discours théorique vers une prise de décision efficace.

1.2 Les apprentissages de la chercheure principale

Outre le savoir théorique tiré directement des cadres de référence de cette recherche et susceptible d'être utilisé dans de nouvelles situations, de nombreux apprentissages ont été réalisés. Nous nous sommes référée au modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb pour les mettre à jour. L'expérience concrète de cette recherche a donné lieu à une observation réflexive dont le journal de bord a été un outil indispensable. Ces apprentissages ont été regroupés selon qu'ils reflétaient une prise de conscience ou un développement de savoir-faire et de savoir-être.

Nous avons réalisé dans un premier temps que ce type de démarche requiert une grande disponibilité d'esprit et beaucoup d'humour de la part de l'agent de changement qui est sans cesse confronté aux diverses résistances des participants. En réalisant qu'il y avait eu un certain manque d'écoute au début du processus face à la question du bilinguisme au programme et ce, malgré le fait que cette réalité avait été prise en considération lors de l'élaboration du projet, l'auteure a pu prendre conscience de la force de certains mécanismes de défense entrant en jeu lorsqu'il s'agit

Au plan des savoir-faire et savoir-être, l'apprentissage le plus significatif demeure la confiance développée face au processus d'intervention lui-même. Cette confiance qui existait au départ s'est consolidée au point de teinter considérablement nos interventions futures. Nous avons plus d'assurance face à l'exploration du ressenti dans le groupe de même que face à notre propre ressenti: nous sommes plus confiante à nous laisser guider et porter par l'énergie du groupe et à nous servir de notre intuition. Il nous semble maintenant évident que nous pourrions, dans des démarches futures, donner plus de place à la dimension émotive. Nous nous sentons aussi plus habile à traiter des situations conflictuelles qui arrivent durant les stages entre étudiantes et superviseures. Obsédée par la rigueur de la démarche, nous avions souvent l'impression d'étouffer notre potentiel de créativité qui est en étroite relation avec ce ressenti refoulé. Cette nouvelle confiance dans le processus pourra peut-être permettre l'émergence d'une nouvelle forme de créativité. Ces apprentissages se sont faits progressivement au cours de la démarche. La réflexion faite lors des évaluations a permis de mettre en application ces nouveaux apprentissages lors des rencontres subséquentes et ainsi d'avoir une action plus adéquate d'une réunion à l'autre.

2. Les savoirs générés

Nous avons regroupé dans cette section des éléments qui nous semblent avoir une portée plus générale que les apprentissages mentionnés dans la section précédente. Outre les éléments de savoir portant sur les cadres de référence dont nous avons traité au chapitre V, nous considérons que la compréhension de l'état de la motivation des cliniciennes de la région face à la supervision clinique, la mise en évidence d'une carence administrative et l'incohérence des deux systèmes d'éducation et de santé sont des savoirs générés au terme de cette démarche de recherche.

De plus, nous aimerions souligner certains éléments de savoir ayant trait au processus de groupe lui-même. Mentionnons tout d'abord l'importance de se regrouper et de confronter les diverses perceptions dans la quête d'une solution véritable à une situation conflictuelle ou tout au moins problématique. Seul un dialogue d'égal à égal, où chaque parti en cause se sent respecté, peut amener la solidarité souhaitée dans une action commune. L'utilisation du passé comme source inépuisable d'expérience individuelle et collective a pris tout son sens, tant pour les participantes que pour la chercheure principale. Le changement d'attitude réalisé au sein du groupe est le résultat d'un changement de valeur au plan collectif mais aussi au plan individuel. Cette

recherche a mis en évidence l'importance d'un contact personnel dans la dynamique de la région , une approche de groupe n'ayant pas suffi initialement à générer la motivation à participer à la recherche. Les commentaires des cliniciennes recueillis récemment après la dernière expérience de stage témoignent de l'importance de ce contact direct pour favoriser une appropriation de la problématique et ainsi susciter un sentiment d'être partenaire à part entière. Nous avons aussi appris que la communauté ergothérapique est prête à s'impliquer à divers niveaux moyennant le sentiment d'être encadrée. Cette constatation vient contredire la perception de certains membres du corps professoral voulant que le milieu soit peu intéressé à participer aux activités de l'université. Nous croyons que l'université pourrait jouer un rôle de leader et de catalyseur et mieux utiliser le potentiel des intervenantes dans divers projets. Nous avons aussi le sentiment d'avoir une certaine crédibilité auprès de la communauté régionale en tant que leader et aussi en tant que représentante de l'université.

De plus, cette démarche nous a permis de réaliser l'importance des fondements ontologiques de la communication. Le succès de cette entreprise est attribuable selon nous à la croyance fondamentale dans le processus de communication lui-même et dans les valeurs humanistes qui la sous-tendent et qui

favorisent une certaine façon de saisir le monde.L'utilisation de techniques de communication sans ces fondements auraient pu mener à une manipulation plutôt qu'à la création d'une nouvelle vision.

3. Un questionnement

Cette recherche a suscité plusieurs interrogations. Nous questionnons tout d'abord la formation administrative des ergothérapeutes. Ces intervenantes souvent dotées d'une grande sensibilité clinique sont sûrement les mieux placées pour diriger les services d'ergothérapie. Il nous semble toutefois y avoir une faiblesse au plan de la gestion qui peut s'expliquer par la nature même de la profession et peut-être par certaines lacunes au plan des programmes de formation. Cependant, dans un monde très médicalisé où la réadaptation et la promotion de la santé semblent vouloir prendre de l'expansion, il nous apparait important pour l'évolution de la profession que les membres s'impliquent davantage dans les décisions administratives et politiques. La prise de conscience du besoin de consolider ces habiletés est importante pour l'avenir. Comment cette conscientisation de la communauté ergothérapique pourrait-elle se faire? L'inclusion dans les programmes universitaires de cours obligatoires sur l'administration de la santé est une

stratégie qui pourra influencer les étudiantes, futures cliniciennes. Quant aux gestionnaires actuelles, il nous semble que le rythme du changement sera influencé par l'orientation des futures leaders de la profession et ne pourra se faire que par étape, au fur et à mesure des actions concrètes.

L'évolution du programme de supervision clinique soulève aussi beaucoup de questions. Comment se manifestera l'effet d'entrainement souhaité face au reste de la communauté régionale et nationale? Il est de notre intention de passer plus de temps avec les cliniciennes elles-mêmes afin de nous assurer qu'elles aient une expérience positive concluante face à leur rôle de superviseure clinique. Comment les nouvelles expériences de participation au volet clinique influenceront-elles l'émergence de nouvelles stratégies de supervision? L'engagement pris par les milieux va sûrement générer une plus grande demande de formation. Comment évolueront les besoins de la communauté en terme de formation? Au plan administratif, le questionnaire nous a permis de recueillir suffisamment d'information pour questionner la nature de la supervision clinique. Pouvons-nous entreprendre des études de coûts-bénéfices? Comme le mentionne Tessier, la majorité des entreprises de changement échouent au moment de l'implantation du changement. En conséquence, nous devrons

être vigilante pour assurer la mise en marché active de cette planification régionale et voir à la réussite de ce changement.

Un changement d'attitude reste à faire au sein de l'université et des ministères afin que ces instances reconnaissent la participation des milieux cliniques. Ainsi, le changement d'attitude que nous visions via une approche très personnalisée et individuelle ne peut s'élargir aux autorités supérieures. Nous devons penser à des stratégies de changement structurelles pour pouvoir poursuivre le travail commencé. L'université acceptera-t-elle de considérer officiellement dans son mandat la tâche d'assurer la formation des cliniciennes et octroyer un budget annuel à cette fin? Bien que le contexte nous soit actuellement favorable, rien n'est certain. Comment pourrons-nous utiliser la nouvelle cohésion de groupe et l'engagement pris par la communauté pour orienter politiquement notre action et essayer d'agir au niveau des ministères? Quelles seront les meilleures stratégies pour amener ce changement d'attitude auprès des organismes payeurs? Une réflexion s'impose afin d'assurer le succès de cette nouvelle entreprise à un nouveau niveau de pouvoir décisionnel.

CHAPITRE VIII

Evaluation de la recherche

Ce chapitre est consacré à l'évaluation de la recherche. Nous présenterons les divers indices de changement servant de critère de réussite de la démarche et analyserons les retombées de la recherche et sa transférabilité. Nous proposerons une réflexion sur l'orientation à prendre si la recherche était à refaire et nous terminerons par un regard prospectif. Ce chapitre met aussi en évidence le caractère itératif de l'évaluation qui, comme les autres composantes de la recherche, a été approchée sous l'angle du processus. La dimension temporelle revêt un caractère important car l'évaluation continue dans le temps a permis de prendre conscience du changement progressif de la situation et ainsi d'induire consciemment les changements désirés aux moments les plus propices.

1. Les indices de changement d'attitude

Rappelons que M.P. Collerette suggère que l'agent de changement soucieux d'efficacité doit intervenir au niveau des trois composantes des attitudes soit les composantes cognitives, émotives et comportementales. Les critères de réussite qui ont été retenus sont fonction de chacune de ces composantes. Les tableaux # 8 et 9 des pages suivantes présentent un résumé de l'évaluation finale faite par les participantes. Le tableau #8 rapporte le niveau de satisfaction des participantes au plan des procédures suivies, du climat de travail et des résultats obtenus. Nous avons regroupés au tableau #9 la composante émotive face à la formation clinique tel que rapportée au terme du processus de groupe de même que les éléments qui furent jugés les plus significatifs pour chacune des participantes et les apprentissages révélés par les membres du groupe.

Tableau 8
Evaluation de la recherche

Satisfaction des participantes au plan de :

Procédures	Climat	Résultats
excellent (7)	excellent (8)	excellent(7)
productif (3)	bon (1)	très intéressant (3)
efficace et clair (1)	très plaisant (1)	utile (2)
stimulant au plan humain et technique (1)	souplesse à discuter des problèmes (1)	au delà des espérances surtout avec le suivi (1)
équilibre entre le vécu et la tâche (1)	échanges constructifs (1)	rapport de confiance (1)
participation égale de chaque membre (1)	les pours et les contres ont été discutés (1)	le groupe est sorti d'une paresse d'esprit (1)
la variété des approches a été stimulante (1)	humour et sérieux (1)	terrain propice à d'autres collaborations (1)
pas toujours clair (1)	engagement véritable des deux côtés (1)	meilleure compréhension du problème et des solutions (1)
surprenant par le rythme et le lien entre les réunions (1)	local adéquat (1)	il y a encore des sceptiques mais cela change (1)
très satisfaisant sauf la dernière rencontre car je ne peux pas m'engager (1)	goûter apprécié (1)	démocratique
	comfortable, permettait un partage réel d'opinion (1)	la planification garantit le succès pour le futur (1)

N.B.: Les chiffres entre parenthèses réfèrent au nombre de fois où l'item a été nommé.

Tableau 9

Evaluation : composante émotive, éléments les plus significatifs mentionnés par les participantes et leurs apprentissages

A. Composante émotive: je me sens:
- Fière de nous comme groupe et appuyée par les autres chefs de service dans ma façon d'entrevoir la formation clinique
- très responsable au plan professionnel, c'est mon devoir de solliciter les cliniciennes
- bien, je n'entrevois aucun problème à solliciter les cliniciennes car je comprends mieux que nous devons tous faire notre part
- engagée et je sens que les cliniciennes de mon milieu le sont aussi
- que je dois leur donner plus d'opportunité et de pouvoir
- très engagée et enthousiaste
- très motivé à encourager le personnel et à participer moi-même
- je sens que les cliniciennes ont une part de responsabilité que nous devons valoriser
- je sens que je pourrai mieux les sensibiliser.
- à l'aise de les solliciter et je me sens outiller pour expliquer ces nouvelles valeurs

B. Les éléments les plus significatifs pour les participantes:
- la représentation graphique (4)
- l'enquête faite auprès des cliniciennes (3)
- Le processus soigné et rigoureux de cueillette de données (1)
- La qualité des informations données (5)
- La discussion sur les barières anticipées à solliciter les cliniciennes (2)
- Le niveau de maturité atteint par le groupe (2)
- La discussion sur le bilinguisme (2)
- La volonté et la motivation des gens (2)
- la connaissance acquise des autres (5)
- de voir que l'université avait exploré d'autres avenues (1)
- La contradiction entre les obstacles identifiés par les administratrices et la perception des cliniciennes (1)
- Le processus de groupe lui-même (5)
- Les administratrices n'utilisent pas tous les outils à leur disposition pour appuyer leurs croyances (1)
- Les compétences exceptionnelles du leader, ses valeurs et sa façon de diriger et de faire face aux résistances
- le manque de leadership des chefs de service (1)

C. Les apprentissages:
- L'approche ou méthodologie de recherche (4)
- Meilleure connaissance de mes collègues (9), nouveaux liens
- Nous avons besoin d'un leader organisé (1)
- Meilleure compréhension de la nature du problème (3)
- L'importance d'avoir une action commune de groupe (2)
- La richesse de divers points de vue (2)
- Comment mieux articuler mes pensées (1)
- Que la participation de mon milieu n'était pas si mal (1)
- Que plusieurs de mes craintes n'étaient pas fondées (1)
- Une meilleure compréhension du programme et de sa philosophie (1)

Au plan émotif, le groupe formé de participantes représentant les deux cultures a vécu une expérience concluante. Il a atteint un certain niveau de maturité tel que démontré par les consensus des deux dernières réunions. L'auto-prise en charge par le groupe lui-même tel que démontré par la modification du rôle de l'agente de changement est aussi un indice de la transformation qui s'est opérée au sein du groupe. De plus, le taux de participation élevé aux rencontres est un indice de l'intérêt suscité par la recherche. Le souci des participantes d'établir des stratégies pour s'assurer de la justesse des informations véhiculées dans la communauté et leur désir de ne pas imposer leur plan aux autres démontrent une compréhension du processus vécu et un changement de valeur important. Un autre indice du changement d'attitude des participantes face à la formation clinique est le changement dans les priorités que nous avons noté dans les votes de la cueillette de données #1 et #2. En effet, le besoin de normes régionales n'était pas prioritaire au début du processus de groupe alors qu'à la cinquième rencontre, on note que c'est le défi qui a récolté le plus de votes. A chaque rencontre lors de l'évaluation, certaines participantes témoignaient d'un changement de perception du problème. De plus, le niveau de satisfaction du groupe est un indice de la productivité et c'est une des premières fois que ce groupe

arrive à des résultats concrets résultant d'une action commune. Le tableau #9 qui a été compilé à partir de l'évaluation finale illustre bien la composante émotive positive au terme du processus. L'évaluation finale démontre un taux de satisfaction excellent sur le plan du climat, des procédures et des résultats obtenus.

Au niveau comportemental, plusieurs actes concrets témoignent de la réussite du processus. Ainsi l'engagement formel des membres dans le temps garantit un suivi à l'action. La mise en place d'un groupe de coordination est un indice de la valeur accordée à la démarche et au produit fini.
De plus, la décision du groupe de faire parvenir aux administrations supérieures un rapport sur les résultats de la démarche et de faire la promotion du plan aux niveaux national et régional démontrent une bonne satisfaction. L'acceptation d'utiliser les résultats du questionnaire comme source d'information et le désir d'utiliser le logo dès maintenant sont aussi des indices de l'impact de cette recherche. Les membres du groupe ayant accepté de consacrer une rencontre additionnelle pour finaliser le produit alors que leur attitude de départ était très arrêtée est un indice de l'importance accordée à la démarche. Le changement peut aussi être évalué en fonction de la hausse du nombre de places offertes au mois d'août soit 24 places de plus que l'année

dernière.

Au plan cognitif, la quantité et la crédibilité des informations apportées tout au long de la démarche a su influer sur la composante cognitive des attitudes et provoquer une conscientisation des preneures de décision. Tel que le confirme ce propos d'une des membres du groupe: "I now have certainly a much better idea of the shortage of placement." Les nouvelles conceptions de la flexibilité et de la productivité sont aussi un indice d'un changement. De plus, l'organisme qui a subventionné la recherche a été sensibilisé à la problématique en recevant le rapport final et les cliniciennes ont reçu individuellement les résultats du questionnaire.

En tant que chercheure principale, le changement majeur constaté est l'apparition d'une véritable attitude de résolution de problème face à la formation clinique, un engagement clair des intervenants, et une prise en charge en temps que leader de leur propre milieu. Les résultats de la recherche tel qu'identifiés dans le chapitre IV sont la concrétisation d'une volonté commune de s'engager comme groupe et comme individu dans la résolution du problème. Les normes établies servent maintenant de guide à l'action des administratrices.

2. Les retombées de la recherche

Les retombées sont nombreuses tant pour l'université, pour les milieux participants, que pour les étudiantes. Le réajustement de l'université et des milieux cliniques dans une relation de partenariat a ouvert la voie à d'autres formes de projets. Si l'implantation du plan se déroule telle que prévu, la problématique de pénurie de places sera réglée dans notre région. Prenant comme exemple l'année académique 1991-1992, nous constatons que les étudiantes sont déjà toutes placées. En conséquence, l'énergie peut être mise à travailler à la formation des cliniciennes de même qu'à donner suite aux idées créatives émises en cours de recherche plutôt qu'à trouver des milieux cliniques. La communauté ergothérapique bénéficiera de ses nouveaux développements.

Certains milieux des deux rives ont déjà profité des nouvelles relations crées et de la connaissance qu'ils ont développée pour s'utiliser comme ressources professionnelles. Le fait d'avoir une prise de position régionale nous donne une nouvelle force de négociation au plan administratif et la cohésion et la solidarité du groupe sont fortement ressenties. Le groupe de coordination a déjà tenu 5 rencontres et utilise une méthode de travail démontrée dans la recherche. Le plan se déroule comme prévu.

Les étudiantes ressentent aussi l'impact de ce projet.

En effet, le nombre de places offertes a permis le choix des places de stage pour les trois prochaines sessions de formation clinique donnant ainsi la chance aux étudiantes de mieux planifier leur profil clinique. Auparavant les places étaient choisies une période à la fois. Le surplus de places qui a été offert nous a déjà permis d'explorer concrètement le concept de flexibilité décrit dans la recherche car certaines places ont dû être annulées et elles ont pu être remplacées rapidement. Nous avons eu des confirmations verbales des chefs de service qui ont eu une réception très positive de la part de leurs cliniciennes face à leur prise de position et il ne leur a pas été difficile d'encourager la participation. Une des participantes qui est responsable des services de réadaptation comprenant l'ergothérapie et la physiothérapie nous a mentionné qu'elle constate une bonne réceptivité des ergothérapeutes, alors que l'autre groupe professionnel qui n'a pas vécu un tel processus exprime beaucoup de résistance à participer au volet clinique. Une autre retombée a été de voir un chef de service elle-même accepter de superviser une étudiante et ainsi offrir un stage de nature administrative. Ceci est une manifestation concrète de l'élargissement de la conception de la formation clinique. De plus, les notions de motivation au travail présentées lors d'une des réunions de recherche ont été incluses dans le cours

d'administration de quatrième année, la professeure étant une des participantes du groupe de recherche ayant jugé les notions pertinentes.

La publication prochaine des résultats du questionnaire et d'un article dans le feuillet d'information de l'Association canadienne des ergothérapeutes et de la Corporation des ergothérapeutes du Québec est aussi une retombée de cette démarche pour la communauté ergothérapique ce qui nous permettra de poursuivre notre action.

Nous avions soumis une autre demande de subvention au Ministère de la Santé de l'Ontario afin de tenir deux ateliers, un pour les superviseures et un destiné aux administratrices. Nous venons de recevoir confirmation de cette subvention et les représentants du ministère ont manifesté leur intérêt à assister à l'atelier pour les gestionnaires.

Nous croyons que le fait d'avoir abordé la problématique dans le cadre d'une recherche a permis de donner plus de crédibilité à la démarche de même qu'aux résultats obtenus.

3. La transférabilité de la recherche

Il va sans dire que les résultats de cette démarche de recherche ne peuvent s'appliquer qu'au groupe participant car ils sont l'aboutissement d'un cheminement, d'un processus

investi par les participantes. La complicité développée au cours de la démarche n'est pas transférable. En conséquence, le plan ne peut être imposé à la communauté régionale qui n'a pas participé à son élaboration. Le groupe, riche de sa nouvelle perception peut toutefois essayer d'influencer ses collègues et les inviter à réfléchir sur la proposition.

Selon nous, la démarche ou le processus pourrait être transférable et inspirer d'autres groupes dans la quête de leur propre solution à la problématique nationale. Certains éléments des résultats peuvent servir à la communauté ergothérapique mais n'aura sûrement pas la même force que pour le groupe de recherche. Ainsi, des coordonnatrices cliniques des autres provinces ont demandé de pouvoir utiliser le logo pour leur communauté car elles le trouvent représentatif. De plus, il nous semble que les connaissances acquises en cours de démarche et les procédures utilisées pourraient facilement être applicables à d'autres milieux. Comme nous nous adressions à des gestionnaires qui ont eux aussi à traiter des problèmes de diverses natures et qui ont à motiver leur personnel, plusieurs des notions théoriques présentées peuvent être utilisées telles quelles auprès de leur personnel. Une des participantes a aussi émis l'idée que les notions sur la motivation peuvent aussi éclairer le niveau de participation et de prise en charge de certains clients en traitement en

ergothérapie.

Dans une perspective de transformation effective de la réalité sociale, les méthodes de résolution de problème et de cueillettes de données utilisées pourraient très bien s'appliquer à d'autres milieux différents. Cette approche pourrait être utilisée aussi de façon adéquate dans d'autres types d'intervention de nature clinique et non pas seulement organisationnelle et d'éducation. La nouvelle lecture et la compréhension des besoins d'appui des administratrices plutôt que des cliniciennes ne peut être d'emblée généralisée à la communauté nationale aux prises avec les mêmes problèmes mais peut servir de base à de nouvelles études ou réflexions.

4. Refaire la recherche

Si l'expérience était à refaire, quelques modifications seraient apportées sur la base d'une plus grande confiance dans le processus et dans nos habiletés d'agente de changement. D'une part, une plus grande place serait donnée à la dimension réflexive et une considération plus particulière serait apportée à l'expression du ressenti des participantes. En conséquence, l'information transmise serait mieux sélectionnée et les mises en situation seraient plus nombreuses. Les participantes seraient ainsi plus impliquées comme co-chercheures. Nous ajouterions au moins deux réunions

et laisserions un mois entre chaque rencontre plutôt que trois semaines. Ces changements favoriseraient la distanciation et le cheminement des participantes tout en permettant à la chercheure principale d'être plus disponible et d'effectuer le travail préliminaire à un rythme plus convenable. Afin de permettre une plus grande richesse d'analyse et une multiplicité des lectures, la triangulation avec une tierce personne serait utilisée sur une base régulière en plus des procès-verbaux. Une attention plus grande serait donnée à l'évaluation par les participantes après chaque réunion et si le temps manque, un retour serait planifié au début de la session suivante. La théorie sur les groupes serait d'emblée incluse dans le cadre théorique. Les cadres de référence seraient les mêmes car ils ont très bien servi la démarche et les résultats du questionnaire seraient apportés au même moment à savoir après que les administratrices aient eu pris position sur l'action à prendre. Enfin, afin de maximiser l'efficacité dans la rédaction du rapport, l'auteure essayerait d'utiliser une organisation plus systématique des données dans le système informatique, élément qui a fait perdre un temps précieux lors de l'écriture du mémoire.

5. Un regard prospectif

La planification régionale issue de ce processus de

groupe reflète de la part de la communauté une attitude pro-active plutôt que réactive. L'évolution de la situation après seulement 5 mois témoigne d'un mouvement favorable tout en mettant déjà en évidence que cette évolution ne se fait pas de façon linéaire car on y note de nouveaux rebondissements reflétant la complexité du système. Le changement d'attitude a été amorcé mais tout reste à faire. A court et moyen terme, un effort soutenu devra être apporté à nourrir cette participation annoncée par les milieux. En effet, bien que les participantes soient maintenant munies de notions théoriques et d'une expérience pouvant les aider à présenter leurs nouvelles valeurs à leur personnel, la somme d'énergie disponible chez plusieurs d'entre elles semble limitée et doit être répartie entre de nombreuses fonctions. Nous devrons donc assurer une présence comme ressource auprès de ces chefs de service et essayer d'agir directement auprès des cliniciennes pour aider le groupe à faire partager ces nouvelles valeurs et non pas maladroitement imposer le plan. L'expérience des années passées suggère une difficulté à faire circuler l'information jusqu'à la base. Or ce partage d'information est synonyme de partage de pouvoir et cela est jugé essentiel dans une optique de collaboration. Une intervention à divers paliers est donc planifiée. L'implantation progressive sur les trois prochaines années devra faire l'objet d'une

évaluation régulière avec une rétro-action à toutes les participantes pour assurer un suivi et maintenir le sentiment d'appartenance développé. Une attention particulière devra être portée à cette évaluation pour être congruente avec le développement du plan. Cette ré-évaluation devra se faire dans une optique d'entraide et non de jugement.

Le travail reste à faire dans le quotidien et avec les ergothérapeutes elles-mêmes et avec les autres milieux de la communauté qui n'ont pas participé au cheminement du groupe.

De nouvelles valeurs vont sûrement émerger de l'expérience quotidienne et devront être prises en considération pour permettre un ajustement. L'apport de cette planification régionale modifiera considérablement les fonctions de coordonnatrice clinique. Alors que près de 40% du temps était dévolu à négocier des places de stage, cette fonction ne correspondra plus qu'à 10%. Il est évident que les problèmes vont être déplacés. C'est là le prix de la participation. En toute congruence avec l'esprit proposé dans la démarche de recherche, une plus grande disponibilité de la coordonnatrice devra être offerte aux cliniciennes et aux administratrices. Plus de temps devra être passé en contact direct avec les intervenantes comme mesure d'appui. Une meilleure gestion du temps permettra maintenant d'orienter le travail vers la sensibilisation des instances supérieures soit au niveau du

secteur santé ou d'éducation face à la nécessité d'une reconnaissance plus juste des intervenantes comme participantes au volet clinique.Nous pourrons procéder à une exploration systématique des suggestions faites au cours du processus de recherche. Ces activités n'étaient pas possibles dans le passé à cause du manque de temps et d'une perception un peu trop étroite de la réalité. Une utilisation de la cohésion de groupe pourra apporter une nouvelle négociation des pouvoirs et permettre que les administratrices soient appuyées par le haut et non seulement par la base.

Un effort progressif de sensibilisation sera fait auprès des instances nationales et provinciales. Nous sommes en train d'élaborer une proposition de recherche conjointement avec les représentantes de Toronto. Face à ces développements, le défi est encore assez important. Le rôle de l'agente de changement dans une telle démarche est déterminant et il faudra encore du temps avant de pouvoir confirmer à la communauté cette nouvelle lecture. Au plan professionnel, alors que nous questionnions la pertinence de poursuivre nos fonctions une fois la recherche terminée, il nous apparaît actuellement difficile de laisser le poste car le milieu est assez fragile face à cette nouvelle action régionale. Les défis sont suffisamment intéressants pour penser continuer et consolider les acquis. De plus,l'expérience d'action et de réflexion a

été suffisamment stimulante pour envisager un jour poursuivre des études et redevenir à nouveau chercheure.

Conclusion

Cette recherche a surtout permis de structurer efficacement la problématique de façon à créer une attitude de résolution de problème chez les participantes. Nous avons aussi assisté à la création d'une vision régionale de la participation des milieux à la formation clinique en ergothérapie et à un véritable changement d'attitude au sein du groupe de gestionnaires.

En effet, on constate une valorisation accrue de la tâche d'enseignement clinique et un engagement concret dans l'action. Les représentantes de l'université ont une meilleure compréhension du point de vue des administratrices et des contraintes qu'elles rencontrent et ces dernières ont une meilleure compréhension de la crise professionnelle actuelle portant sur la pénurie de milieux d'enseignement clinique. Ce processus s'est conclu par une redéfinition du partenariat milieux-université et un élargissement de la perception de la productivité et de la flexibilité en ce qui a trait à la participation au volet clinique. Le prochain défi qui nous attend est la gestion efficace de l'implantation de cette planification régionale qui devra être validée dans l'action.

Alors que plusieurs personnes sont souvent sceptiques sur les possibilités de changement réel d'une entreprise, notre

expérience vient confirmer que le changement d'attitude au sein d'un groupe est possible et vaut l'investissement d'énergie et de temps. Les risques qui ont été pris ont toujours porté fruit. Cette expérience sera sûrement une source d'inspiration valable pour nos actions futures et, nous l'espérons, pour ceux et celles qui songent à entreprendre une aventure similaire.

L'originalité de la démarche en plus d'avoir été révélée dans la méthode utilisée, s'est manifestée dans l'articulation soudaine des éléments recueillis en cours de processus. Quelques périodes de déstabilisation et d'anxiété inévitables, un questionnement et une grande curiosité face aux révélations progressives et à la façon dont se sont réorganisés les éléments, voilà le bilan de notre processus personnel.

Le succès de cette démarche nous confirme la valeur de la recherche-action appliquée à une entreprise de transformation sociale et la pertinence du lien constant entre les dimensions théoriques et pratiques comme alternatives aux approches de recherche plus traditionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages de référence

Bertalanffy, L.Von. (1968), General Systems Theory, NewYork: Ed. George Brazillu

Campbell, John P., Capmpbell, Richard J.& Associates (1988), Productivity in organizations, California: Jossey-Bass Inc., 451 pages.

Charbonneau, Roland (1987), Vers une définition de la recherche-action, dans J.P. Deslauriers (ed), Les méthodes de la recherche qualitative, Québec: Presses de l'Université du Québec, pp.81-90.

Checkland, P.B.(1984), Systems Thinking, Systems Practice, NewYork: John Wiley & Sons Ltd., 330 pages

Chin,R., Benne, K.D. (1976) General Strategies for Effecting Changes in Human Systems. In W.G. Bennis, K.D. Benne, R. Chin, K.E. Corey, (Eds.), The Planning of Change (3rd. Ed.). NewYork: Holt, Rinehart and Winston,

Cohen, L., Manion, L.(1980), Research Methods in Education, London: Croom Helm, 328 pages.

Collerette, P., Delisle, G. (1982), Le changement planifié, une approche pour intervenir dans les systèmes organisationnels, Montréal: Agence d'Arc Inc., 123 pages.

Delbecq, A.L., Van de Ven, A.H. & Gustafson, D.H. (1975), Group Techniques for Program Planning, a guide to nominal group & Delphi Processes, U.S.A.: Scott Foresman & Company, 174 pages.

Dolbec, A.(1988), notes de cours EDU 602-85, Méthodologie de la recherche et de l'intervention en éducation, Université du Québec à Hull, automne, [s.p.].

Edwards,M., Baptist,S., (1987), The Occupational Therapist as a Clinical Teacher,Canadian Journal of Occupational Therapy, vol.54,no.5. (déc.), pp 249-255

Fine, Susan (1988), Working the System: A Perspective for Managing Change. The American Journal of Occupational Therapy, July, Vol 42, No 7, pp.417-419

Fragnière,J.P. (1986), Comment réussir un mémoire: comment présenter une thèse, comment rédiger un rapport, Paris, Dunod, 141 p.

Frohman,M.A., Sashkin,M., Kavanagh,M., (1976) Action-Research as applied to Organization Development. In McLennan,R. (1989), Managing Organizational Change, New Jersey, Prentice Hall, 549 p.

Gagnon, Dominique (1986), Le développement organisationnel: dans une perspective d'excellence, Montréal: Agence d'Arc, 119 pages.

Garneau, J. (1973), Experiencing et changement social, dans Tessier R. Tellier, Y, (1973), Changement planifié et développement des organisations, théorie et pratique, Montréal, Ed. de L'IFG, pp. 146-170

Gélinas, Arthur, (1983), Systémique, recherche-action et méthodologie des systèmes souples, Conférence prononcée devant les membres du Groupe de recherche d'intervention régionale, Université du Québec à Chicoutimi, 14 janvier 1983, dans J.P. Deslauriers, Les méthodes de recherche qualitative.

Gendlin, E.T. (1964). A theory of personality change, in D. Byrne, P. Worchel (Eds): Personality change, pp.100-148, NewYork, Wiley

Goyette,G., Lessard-Hébert, M., (1987), La recherche-action, ses fonctions, ses fondements et son instrumentation, Québec, Presses de l'Université du Québec, 204 p.

Harvey,O. (1967), Conceptual Systems and attitudes change, dans: Shefif,C: Sherif,M. Attitude, ego-involvment and change. NewYork, J.Wiley, pp.201-226

Holland, Norman N., (1982), Laughing, a Psychology of Humour, NewYork: Cornell University Press, 231 pages.

Huberman, A.M., (1983), Comment s'opèrent les changements en éducation: contribution à l'étude de l'innovation, Suisse, L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 92 p.

Kolb,David A.,(1984), Experiential learning: experience as the source of learning and development, N.J.: Prentice-Hall, 256 pages.

Kuhn, T.S., (1970), The structure of Scientific Revolution, Chicago, University of Chicago Press

Lalanne, Jacques (1989), "Créer la concertation", Actualisation, no 9, Février, [s.p.].

Lawler, Edward E.,(1986), High Involvement management: participative strategies for improving organizational performance, California: Jossey-Boss, 252 pages.

Lemelin, Maurice, Rondeau, Alain (1988), Comprendre les nouvelles stratégies de gestion des ressources humaines, Rapport de recherche no 88-05, Montréal: HEC, 49 pages.

Lemieux Lanthier,Mariette, (1988), Satisfaction-Motivation-rendement chez les professionnels cliniques des centres de réadaptation pour handicapés physiques du Québec, rapport d'intervention présenté à l'ENAP en vue de l'obtention de la maitrise en administration publique,pp 52-54

Ley, Katharina, (1979) Le statut scientifique de la recherche-action. Premier propos pour un débat, Suisse, IRDP/R.

Lippitt, G. Lippitt, R. (1978), The consulting process in Action, California: University Associates, 130 pages.

Megenson, David (1988), "Instructor,coach, mentor, three ways of helping for managers", Management education and development, vol 19, no 1, spring, pp.33-46.

Monro,D.H., (1963), Argument of Laughter, Indiana, University of Notre-Dame Press, 264 pages

Morissette,D., Gingras, M., (1989), Enseigner des attitudes? Planifier, intervenir, évaluer, Pédagogies en développement, nouvelles pratiques de formation, De Boeck-Wesmael, s.a., 193 p.

Morin,A. (1985), Critères de scientificité de la recherche-action, Revue des Sciences de l'éducation, ?1, 1:31-49

Munroe, Heli, (1988), Modes of Operation in Clinical Supervision: How Clinical Supervisors Perceive Themselves, British Journal of Occupational Therapy, vol. 51,no 10,oct., pp.338-343

Paquette, Claude (1990), L'effet caméléon, Montréal: Editions Québec-Amérique, 279 pages.

Parnes, J., Noller, B., Biondi, M. (1977), Guide to creative action, Revised Edition of Creative Behavior Guidebook, US.A.: Charles Scribner's Sons, 399 pages.

Peters, Thomas (1988), Le chaos management, manuel pour une prospérité de l'entreprise, Paris: Inter Editions, (traduction de "Thinking on Chaos, 1987, Excel/A California Ltd Partnership), 610 pages.

Presseller,Stephanie. (1983), Fieldwork Education: The Proving Ground of the Profession, The American Journal of Occupational Therapy, vol. 37, March, pp.163-165

Raimbault,M., Saussois, J.M., (1983), Organiser le changement dans les entreprises et les organisations publiques, Paris: Les Editions d'Organisation, 219 p.

Rondeau, Alain (1987), La motivation au travail:où en sommes-nous?, Rapport de recherche no 87-18, HEC, août, 33 pages.

Satir, Virginia (1976), Making contact, California: Celestial Arts,[s.p.]

Savoie-Zajc, L., (1987), Models of Planned Educational Changes: Their Ideational and Ideological Content and Evolution Since the late 1950's. Thèse de doctorat, Faculty of the Graduate School, Indiana University, 432p.

St-Arnaud,Yves, (1989), Les petits groupes: participation et communication, (2ième ed.), Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 176 pages.

Susmand, G., Evered, R. (1978), An Assesment of the Scientific Merits of Action-Research, Administrative Science Quaterly, vol. 23, pp.582-603

Svinicki, Marilla (1989), If learning involves Risk-Taking, Teaching involves Trust-Building, Teaching Excellence,S.A.: University of Hawai, fall, [s.p.]

Tessier,R., Tellier, Y., (1973), Changement planifié et développement des organisations, théorie et pratique, Montréal, Les éditions de L'IFG, 825 p.

Yerxa, Elizabeth (1987), J.Research: The Key to the Development of Occupational Therapy as an Academic Discipline. The American Journal of Occupational Therapy, July, vol.41, no.7, pp.415-419

Ouvrages consultés

Cragan, John F., Wright, DavidW.(1986), Communication in small group discussions, an integrated approach, (2nd.ed), U.S.A., West Publishing Company, 337 pages.

Dalziel, Murray M., Schoonover S. (1988), Changing Ways,a practical tool for implementing change within organizations,U.S.A., Amacom, 165 pages.

De Bono, Edward,(1985), Conflicts, a better way to resolve them, Great Britain, Harrap Ltd., 207 pages.

Egberts, Marvin E., (1988), Changing belief systems in interpersonal peace making. Organization Development Journal, vol.6 (2), (sum), pp.35-41

Halloran, Jack ,(1983), Applied Human Relations, an organizational approach, (2nd ed.), Prentice-Hall Inc., N.J., U.S.A., 531 pages.

Kirkpatrick, Donald L.,(1985), How to manage change effectively, San Francisco, Jossey-Bass Publisher, 280 pages.

Patton,B.R., Griffin,K., Patton Nyquist,E., (1989), decision-making group interaction, (3rd ed.), NewYork, Harper & Row, 240 pages.

Tiberius, R. Gaiptman,B., (1985), The supervisor-Student Ratio: 1:1 versus 1:2, Canadian Journal of Occupational Therapy, vol. 52 no 4, oct. pp 179-183.

APPENDICE A

Philosophie nationale de la formation clinique

SYMPOSIUM OUTCOME

The participants developed and ratified the following philosophy for occupational therapy fieldwork in Canada, as well as directional statements and strategic plans to create additional fieldwork opportunities in Canada.

CAOT Fieldwork Philosophy

We believe that fieldwork is an essential component of the education of an occupational therapist, and that the following principles comprise the philosophy of fieldwork in Canada:

1) We believe that fieldwork is a shared responsibility requiring commitment from all involved with occupational therapy education and practice.

2) We believe in the integration of academic and fieldwork education.

3) We believe in a theoretical base for education and practice.

4) We believe that there is a core of knowledge, skills and attitudes common to all areas of practice.

5) We believe that fieldwork can occur anywhere the roles and functions of an occupational therapist can be developed and integrated.

6) We believe there are a variety of paces and styles of learning.

7) We believe in offering a variety of progressively challenging and interactive learning experiences to students.

8) We believe in the ongoing training, support, and recognition of clinical educators.

9) We believe that ongoing evaluation promotes growth and ensures quality.

CAOT Fieldwork Directional Statements and Strategic Plans (1989)

1. We intend to specify the roles and responsibilities of all parties involved in fieldwork in order that they understand and fulfill these expectations.

   Strategies: (developed by involvement of representatives from all stakeholder groups)
   a) Outline the duties of each party involved in planning, implementation and evaluation of fieldwork.
   b) Identify which duty is to be done by which party.
   c) Identify how this information will be communicated to all parties.
   d) Ensure a mechanism to provide regular ongoing communication.
   e) Identify a strategy for future evaluation.

2. We intend to ensure student involvement in all aspects of fieldwork planning and policy development in order to exercise student rights and responsibilities as participants.

   Strategies:
   a) Recommend representation of students in all pertinent organizational committees at the national, provincial and educational program levels.
   b) Ensure opportunities for individual students to be actively involved in the fieldwork process.
   c) Ensure feedback mechanisms are in place.

3. We intend to recognize and support all fieldwork providers in order to promote development, quality delivery and interactive fieldwork experiences.

   Strategies:
   a) Acknowledge contributions of all fieldwork providers.
   b) Provide feedback mechanisms for all fieldwork providers.
   c) Establish a mechanism whereby clinicians will receive and provide input for curriculum planning, fieldwork policies, procedures and experiences.
   d) Demonstrate that feedback from clinical educators is considered in curriculum planning.
   e) Provide accessible and direct communication throughout the fieldwork experience by ensuring year round availability of fieldwork resource persons from all programs.
   f) Involve clinical educators in academic committees, i.e. curriculum advisory, liaison.
   g) Lobby administration, government and directors of occupational therapy services for workload adjustment.

4. We intend to provide education/training for students and therapists so that they will have the necessary knowledge, skills and attitudes to be effective clinical educators.

   Strategies:
   a) Provide a variety of continuing education experiences, e.g. student/clinician education workshops, manuals, videos, teleconferences.
   b) Encourage facility-based education and discussion, i.e. discussion groups peer support and feedback, education sessions.
   c) Recommend inclusion of clinical education skills in undergraduate curriculum, i.e. objectives in fieldwork placements, courses, tutorials.
   d) Offer fieldwork skill development through ongoing professional development opportunities.

5. We intend to market the philosophy and benefits of fieldwork so that a variety of progressively challenging and interactive learning experiences are available for students.

   Strategies:
   a) Market philosophy.
   b) Market benefits.
   c) Publish philosophy.
   d) Conduct regional meetings.
   e) Use national and provincial newsletters.
   f) Include content in curriculum.
   g) Provide guidelines for clinicians.
   h) Establish regional committees for co-ordination of fieldwork issues.
   i) Evaluate marketing impact and incorporate results in future planning.

6. We intend to increase the number of accredited fieldwork opportunities in order that an increased number and variety of placements are available.

   Strategies:
   a) Review the interpretation and weighting of elements within fieldwork accreditation standards.
   b) Provide education and support by establishing regional on-site teams for prospective fieldwork sites.
   c) Investigate the process of credentialling clinical educators.
   d) Recommend the inclusion of clinical educator responsibilities as part of occupational therapy job expectations.

7. We intend to maximize the utilization of fieldwork sites in order to meet student placement needs.

Strategies:

a) Identify the fieldwork utilization patterns of facilities/sites.
b) Explore alternate models of supervision.
c) Explore alternate models of curriculum that will alleviate the "peaks" in placement needs.

8. We intend to identify the amount and variety of fieldwork experience that is necessary for entry-level practice.

Strategies: (developed by representatives of all stakeholder groups).

a) Assess the need to maintain 1200 hours as the minimum number of fieldwork hours prior to graduation from an educational program.
b) Recommend a minimum number of fieldwork hours required by professional bodies for entry-level practice.
c) Formulate national guidelines for achieving variety in fieldwork placements for each student.

9. We intend to develop a fieldwork evaluation method in order that the needs of clinicians, university programs and students will be met.

Strategies:

a) Collect all information on existing evaluation methods and forms for both student and facility evaluation.
b) Evaluate existing research on evaluation method and forms in order to determine the need for further research, including student and facility education.
c) Develop a national measurement scale for evaluation.
d) Develop form(s).
e) Evaluate use of the form(s).
f) Research effectiveness of evaluation method.

Definitions:

Fieldwork providers includes clinical educators, clinical co-ordinators, directors of occupational therapy services, agency administrators, and agency board of directors.

Clinical educator includes clinical supervisor and/or preceptor.

Clinicians includes all occupational therapists.

All parties includes all of the above, as well as students, educational programs, CAOT, Association of Canadian Occupational Therapy University Programs (ACOTUP), and provincial associations.

APPENDICE B

Questionnaire d'opinion sur la formation clinique

UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

Chère collègue, cher collègue,

Un groupe de chefs de service et de thérapeutes séniors de la région d'Ottawa-Hull se penche actuellement sur la problématique de la formation clinique en ergothérapie. Ce groupe de travail tente de trouver des moyens de vous faciliter la tâche comme superviseur auprès des étudiants de cette discipline.

Dans le cadre d'une planification régionale que nous tentons d'élaborer, j'aimerais connaître vos préoccupations, vos opinions sur la formation clinique.

Toutes les informations recueillies seront tenues confidentielles. Pour vous assurer d'une plus grande confidentialité, les questionnaires seront retournés à la firme Resscoplan qui sera seule à traiter les informations. Veuillez retourner ce questionnaire **avant le 15 juin 1990**.

Les résultats de ce sondage seront transmis à chacun(e) de vous d'ici trois mois.

Merci de votre collaboration.

Jacqueline Gilbert

Jacqueline Gilbert
Coordonnatrice de la formation clinique
Université d'Ottawa
787-6665

ENQUÊTE AUPRES DES ERGOTHÉRAPEUTES CLINICIENS
18 Mai 1990

DÉFINITION

La notion de **programme** réfère au programme académique conduisant à l'obtention d'un baccalauréat en science ergothérapie de l'Université d'Ottawa.

PROFIL DU RÉPONDANT

1. Depuis combien d'années travaillez-vous comme ergothérapeute?
_____ ans

2. Dans quel champ d'intervention pratiquez-vous actuellement?

Médecine physique
- 1 ❑ Enfant
- 2 ❑ Adulte
- 3 ❑ Personne âgée

Psychiatrie
- 4 ❑ Enfant
- 5 ❑ Adulte
- 6 ❑ Personne âgée

7 ❑ Communautaire

3. Travaillez-vous actuellement comme ergothérapeute à :
1 ❑ Temps plein 2 ❑ Temps partiel

4. Dans quelle proportion utilisez-vous le français et l'anglais comme langue de travail?

a Français _____ % + b Anglais _____ % = 100%

5. Combien d'ergothérapeutes travaillent à temps plein ou à temps partiel dans votre service?

1 ❑ 1 2 ❑ 2 - 5 3 ❑ 6 - 10 4 ❑ 11 - 15 5 ❑ 16 et plus

ENQUÊTE AUPRÈS DES ERGOTHÉRAPEUTES CLINICIENS
18 Mai 1990

EXPÉRIENCE DE SUPERVISION

6. Combien d'étudiant(e)s en ergothérapie avez-vous supervisé depuis les 3 dernières années?

   1 ❑ 0 2 ❑ 1 3 ❑ 2 4 ❑ 3 5 ❑ 4 et plus

7. Combien d'étudiant(e)s en ergothérapie de l'Université d'Ottawa avez-vous supervisé depuis les 3 dernières années?

   1 ❑ 0 2 ❑ 1 3 ❑ 2 4 ❑ 3 5 ❑ 4 et plus

8. Dans votre cas personnel, est-ce que la tâche de superviser un étudiant en ergothérapie est:

   1 ❑ Inscrite dans votre description de tâche et sujette à votre évaluation annuelle de rendement
   2 ❑ Inscrite dans votre description de tâche mais non sujette à votre évaluation annuelle de rendement
   3 ❑ Non inscrite à votre description de tâche, mais sujette à votre évaluation annuelle de rendement
   4 ❑ Non inscrite à votre description de tâche, non sujette à votre évaluation annuelle de rendement
   5 ❑ Ne sais pas

Si vous n'avez pas supervisé d'étudiant en ergothérapie depuis 3 ans, passez à la question 16

9. Si vous avez supervisé au moins un étudiant au cours des trois dernières années, indiquez-nous le niveau académique de l'étudiant que vous avez supervisé la dernière fois.

   1 ❑ 2e année 2 ❑ 3e année(2 jrs/sem.) 3 ❑ 3e année (2 mois)
   4 ❑ 4e année

ENQUÊTE AUPRÈS DES ERGOTHÉRAPEUTES CLINICIENS
18 Mai 1990

---

10. La dernière fois que vous avez supervisé un étudiant , comment vous a-t-on présenté la demande en fonction de votre charge de travail?

1 ❑ Mon chef de service a comptabilisé ou comptabilisera cette tâche dans mon évaluation de productivité (statistiques)
2 ❑ Mon chef de service m'a avisé que cela ne doit pas affecter ma productivité (statistiques)
3 ❑ Aucune consigne ne m'a été donnée clairement par mon chef de service mais j'ai l'impression que je dois ajouter cette tâche sans réaménager mon horaire
4 ❑ Aucune consigne ne m'a été donnée clairement par mon chef de service mais je savais que je pouvais réaménager mon horaire
5 ❑ Autre: _____

11. La dernière fois que vous avez supervisé un étudiant en ergothérapie, dans quelle mesure votre charge de travail a-t-elle été affectée?

1 ❑ Ma charge régulière de travail n'a pas été affectée par cette supervision
2 ❑ Ma charge régulière de travail a été allégée par cette supervision
3 ❑ Ma charge régulière de travail a été augmentée par cette supervision

12. Veuillez indiquer ce que vous avez aimé le plus lors de votre dernière expérience de supervision d'un étudiant en ergothérapie. **(Un seul choix)**

1 ❑ La relation étudiant-superviseur
2 ❑ L'expérience acquise comme superviseur
3 ❑ Le travail que l'étudiant a accompli et qui vous a permis de vous libérer de certains tâches
4 ❑ Les nouvelles notions que vous a apportées l'étudiant
5 ❑ Le fait de réaliser que vous aviez des habiletés d'enseignant
6 ❑ Le support et le feed-back offerts par l'Université d'Ottawa
7 ❑ Autre: _____

19. How much support do you feel you are getting from the person in charge of fieldwork placement at the University of Ottawa concerning clinical supervision?

1 ❑ I have never had students from Ottawa University
2 ❑ A lot 3 ❑ A little 4 ❑ None

20. If you have never supervised students in occupational therapy, please indicate the **two** principal reasons why:

a ❑ I have previously supervised students therefore this question does not apply
b ❑ I have less than one year's experience
c ❑ I was never asked
d ❑ I don't feel comfortable with clinical supervision
e ❑ I feel that it would add a burden to my workload
f ❑ Student supervision is not looked upon as a valued activity in my department
g ❑ Teaching doesn't interest me

21. Which structure for supervision of occupational therapy students would you prefer?

1 ❑ 1 student/therapist 2 ❑ 2 students/therapist
3 ❑ 1 student/2 therapists 4 ❑ 2 students/2 therapists
5 ❑ Other: _____

22. How many times per year would you accept fieldwork placements in occupational therapy?

1 ❑ 0 time/year 2 ❑ 1 time/year 3 ❑ 2 times/year
4 ❑ 3 times/year 5 ❑ 1 time/2 years
6 ❑ Other: _____

ENQUÊTE AUPRES DES ERGOTHERAPEUTES CLINICIENS
18 Mai 1990

13. Lors de la supervision de votre dernier étudiant, combien d'heures par semaine avez-vous consacré au contact individuel avec l'étudiant (temps de supervision direct en l'absence de client incluant l'explication de cas, le feed-back régulier mais excluant le temps des 2 évaluations mi-terme et finale)

1 ❑ 1 heure/sem. 2 ❑ 2-3heures/sem. 3 ❑ 4-5 heures/sem.
4 ❑ 6-8 heures/sem. 5 ❑ 8 heures et plus/semaine

14. Suite à votre expérience de superviseur, quel serait le meilleur moyen de faciliter votre tâche de superviseur clinique? **(Un seul choix)**

1 ❑ Que vous soyez libéré(e) pour assister aux sessions régulières d'information pré-stage et aux ateliers de formation à la supervision
2 ❑ Que le coordonnateur clinique de l'Université soit plus présent dans votre milieu de travail
3 ❑ Qu'il y ait moins de papier à remplir pour le stage
4 ❑ Que l'on reconnaisse votre travail de supervision sur le plan de votre productivité
5 ❑ Que vous ayez de l'aide pour formuler les objectifs d'apprentissage de l'étudiant
6 ❑ Autre: _____

15. Inscrire approximativement le temps que vous avez pris lors de votre dernière expérience de supervision pour remplir le formulaire d'évaluation -PEOTS (incluant les évaluations mi-stage et fin du stage)

1 ❑ Moins 1 heure 2 ❑ 1 - 2 heures 3 ❑ 3 - 5 heures
4 ❑ 6 - 8 heures 5 ❑ 9 heures et +

13. During the supervision of your last student, how many hours per week were devoted to individual contact with the student (direct supervision time without clients, including case study and regular feedback, but excluding time taken for the mid-term and final evaluations):

1 ❑ 1 hour/wk. 2 ❑ 2-3 hours/wk. 3 ❑ 4-5 hours/wk.
4 ❑ 6-8 hours/wk. 5 ❑ more than 8 hours/wk.

14. Given your experience as supervisor, what do you feel would be the best way to facilitate your job as clinical supervisor? **(one choice only)**

1 ❑ That you be free to attend regular pre-fieldwork placement information sessions and training sessions for supervisors
2 ❑ That the University fieldwork coordinator be more available to you in your workplace
3 ❑ That there be less paperwork to do for the fieldwork placement
4 ❑ That your work as supervisor be recognized as part of your output
5 ❑ That you be provided with help in determining the learning objectives of the student
6 ❑ Other: _____

15. Indicate approximately how much time you spent during your last supervision filling out the PEOTS evaluation form (including the mid-session and end of session evaluations):

1 ❑ Less than 1 hour 2 ❑ 1-2 hours 3 ❑ 3-5 hours
4 ❑ 6-8 hours 5 ❑ 9 hours or more

ENQUÊTE AUPRÈS DES ERGOTHÉRAPEUTES CLINICIENS
18 Mai 1990

---

16. Veuillez indiquer par ordre d'importance les 4 tâches que vous jugez les plus désagréables ou difficiles face au travail de supervision. (1 étant la tâche la plus désagréable)

a ____ Organisation de l'horaire
b ____ Définir les objectifs d'apprentissage pour qu'ils soient ajustés au niveau de l'étudiant
c ____ Remplir le formulaire d'évaluation (PEOTS)
d ____ Stress d'avoir continuellement l'étudiant avec vous
e ____ Enseignement théorique à faire
f ____ Crainte que vous n'ayiez pas toutes les réponses aux questions des étudiants
g ____ Avoir à faire échouer un étudiant
h ____ L'inaptitude de l'étudiant

17. Donner ce qui constituerait pour vous l'incitatif le plus intéressant face à la supervision clinique. **(Un seul choix)**

1 ❑ Une rémunération additionnelle qui irait dans le fond d'éducation de votre service
2 ❑ L'accès au service des sports, à la bibliothèque ainsi qu'au cercle des professeurs de l'Université d'Ottawa moyennant les frais minimum d'inscription
3 ❑ Que cette tâche fasse partie de votre évaluation de rendement
4 ❑ Que les étudiants puissent contribuer à alléger votre tâche
5 ❑ Autre: _____

18. Dans quelle mesure vous sentez-vous supporté par votre chef de service face à la tâche de superviseur clinique?

1 ❑ *Ne* s'applique pas
2 ❑ Beaucoup 3 ❑ Peu 4 ❑ Pas du tout

16. Using numbers 1 through 4, please indicate the 4 most unpleasant or difficult components of the work of a supervisor.
(1 the most unpleasant)

a ____ Organizing the schedule
b ____ Defining the learning objectives to suit the student level
c ____ Filling out the evaluation forms (PEOTS)
d ____ The stress of always having a student with me
e ____ Teaching of theory
f ____ Fear that I am unable to answer all of the students' questions
g ____ Having to fail a student
h ____ Student inaptitude

17. Please indicate what would be the most important motivation for you in taking on clinical supervision **(one choice only)**:

1 ❑ Additional earnings for the education fund of my department
2 ❑ Access to the sports facilities, library and Faculty Club of the University of Ottawa, at minimal cost
3 ❑ That this task be part of my performance evaluation
4 ❑ That the students contribute to reducing my work load
5 ❑ Other: _____

18. How much support do you feel you are getting from your department head concerning clinical supervision?

1 ❑ Does not apply
2 ❑ A lot
3 ❑ A little
4 ❑ None

ENQUÊTE AUPRÈS DES ERGOTHÉRAPEUTES CLINICIENS
18 Mai 1990

---

19. Dans quelle mesure vous sentez-vous supporté par la personne responsable des stages de l'Université d'Ottawa dans cette tâche de superviseur clinique?

1 ❑ Je n'ai pas supervisé d'étudiant de l'Université d'Ottawa
2 ❑ Beaucoup 3 ❑ Peu 4 ❑ Pas du tout

20. Si vous n'avez jamais supervisé d'étudiants en ergothérapie donner les **deux** principales raisons pour lesquelles vous n'en avez pas supervisé.

a ❑ Ne s'applique pas
b ❑ Vous avez moins d'un an d'expérience clinique
c ❑ On ne vous l'a pas spécifiquement demandé
d ❑ Vous ne vous sentez pas à l'aise avec la supervision clinique
e ❑ Vous avez l'impression que c'est une surcharge de travail
f ❑ Cette fonction n'est pas valorisée dans votre service
g ❑ L'enseignement ne vous intéresse pas

21. Quelle est la formule de supervision d'un étudiant en ergothérapie que vous préféreriez le plus?

1 ❑ 1 étudiant / thérapeute 2 ❑ 2 étudiants / thérapeute
3 ❑ 1 étudiant / 2 thérapeutes 4 ❑ 2 étudiants / 2 thérapeutes
5 ❑ Autre: _____

22. Combien de fois par année accepteriez-vous un ou des stagiaires en ergothérapie?

1 ❑ 0 fois / an 2 ❑ 1 fois / an 3 ❑ 2 fois / an
4 ❑ 3 fois / an 5 ❑ 1 fois / 2 ans
6 ❑ Autre _____

10. The last time you supervised a student, in what way (if any) were adjustments made to your workload?

1 ❑ the head of my department took or will take supervision time into account when calculating my productivity level (statistical)
2 ❑ the head of my department told me supervision time should not interfere with my productivity level
3 ❑ no clear instructions were given to me by my department head, but I understood that I was expected to take on this additional task without rearranging my schedule
4 ❑ no clear instructions were given to me by my department head, but I knew that I could rearrange my schedule
5 ❑ other: _____

11. The last time you supervised an occupational therapy student, in what way did it affect your work load?

1 ❑ My normal workload was not affected by this supervision
2 ❑ My normal workload was reduced by this supervision
3 ❑ My normal workload was increased by this supervision

12. Please indicate what you liked best during your last experience as a student supervisor in occupational therapy (**one choice only**):

1 ❑ The student-supervisor relationship
2 ❑ The experience acquired as supervisor
3 ❑ The work done by the student which freed me from certain tasks
4 ❑ The new ideas the student brought me
5 ❑ The fact that I realized that I was a good teacher
6 ❑ The support and feed back provided me by the University of Ottawa
7 ❑ Other: _____

23 Quel est le niveau d'étudiant que vous préféreriez avoir en stage?

1 ❑ 2e année 2 ❑ 3e année(2 jrs/sem.) 3 ❑ 3e année (2 mois)
4 ❑ 4e année 5 ❑ Indifférent

PROGRAMME D'ERGOTHÉRAPIE

24 Avez-vous déjà été impliqué dans le programme d'ergothérapie dans une fonction autre que celle de superviseur clinique depuis les dernières années?

1 ❑ Oui 2 ❑ Non

25 Si non, seriez-vous intéressé à vous impliquer dans le programme?

1 ❑ Oui 2 ❑ Ne sais pas
3 ❑ Ne s'applique pas → **Passez à la question 27**
4 ❑ Non → **Passez à la question 27**

26 Quel est l'activité à laquelle vous aimeriez le plus participer? **(Un seul choix)**

1 ❑ Chargé de cours d'une durée de 2 à 10 heures
2 ❑ Chargé de cours d'une durée de 11 heures et plus
3 ❑ Présentation de cas
4 ❑ Visite pour un pannel
5 ❑ Participation à un ou des comités
6 ❑ Recherche
7 ❑ Autre: _____

SUPERVISOR'S EXPERIENCE

6. How many occupational therapy students have you supervised during the last 3 years?

1 ❑ 0 2 ❑ 1 3 ❑ 2 4 ❑ 3 5 ❑ 4 et plus

7. How many occupational therapy students from the University of Ottawa have you supervised during the last 3 years?

1 ❑ 0 2 ❑ 1 3 ❑ 2 4 ❑ 3 5 ❑ 4 et plus

8. In your case, is your task as an occupational therapy student supervisor:

1 ❑ Part of your job description and subject to annual performance evaluation
2 ❑ Part of your job description but not subject to annual performance evaluation
3 ❑ Not part of your job description but subject to annual performance evaluation
4 ❑ Not part of your job description and not subject to annual performance evaluation
5 ❑ Don't know

If you have not supervised a student in 3 years, go to question 16

9. If you have supervised at least one student during the last 3 years, indicate the academic level of the last student supervised:

1 ❑ 2nd year 2 ❑ 3rd year (2 days/wk.) 3 ❑ 3rd year (2 months)
4 ❑ 4th year

ENQUÊTE AUPRÈS DES ERGOTHÉRAPEUTES CLINICIENS
19 Mai 1990

FORMATION POUR LA SUPERVISION D'ÉTUDIANTS EN ERGOTHÉRAPIE

27. Estimez-vous avoir besoin de formation pour perfectionner vos habilités de superviseur clinique?

1 ❑ Oui 2 ❑ Non → **Si non, passez à la page suivante**

28. Indiquer les **deux** (2) sujets de formation que vous estimez le plus adéquat pour vous.

a ❑ Formulaire d'évaluation (PEOTS)
b ❑ Contrat d'apprentissage
c ❑ Définition et ajustement des objectifs de stage au niveau de l'étudiant
d ❑ Gestion du temps et de l'horaire de supervision
e ❑ Attitudes de supervision
f ❑ Autre: _____

29. Indiquez le format de séance de formation que vous préféreriez le plus?

1 ❑ Atelier de 1/2 journée 2 ❑ Atelier de 1 jour
3 ❑ Atelier de 2 jours
4 ❑ Cours de 3 heures pendant 10 semaines
5 ❑ Sessions régulières de formation dans votre milieu de travail
6 ❑ Je n'ai pas de préférence
7 ❑ Autre: _____

DEFINITION

"Program" refers to the academic program at the University of Ottawa which leads to the degree of Bachelor of Science in Occupational Therapy.

RESPONDENT PROFILE

1. For how many years have you worked as an occupational therapist?
_____years

2. In what field do you practice currently?

Physical Medicine
- 1 ❑ Children
- 2 ❑ Adult
- 3 ❑ Geriatrics

Psychiatry
- 4 ❑ Children
- 5 ❑ Adult
- 6 ❑ Geriatrics

7 ❑ Community care

3. Are you currently working:
1 ❑ Full Time 2 ❑ Part Time

4. In what proportion do you use French or English as your language of work?

a French _____ % + b English _____% = 100%

5. How many occupational therapists work full time or part time in your department?

1 ❑ 1 2 ❑ 2 - 5 3 ❑ 6 - 10 4 ❑ 11 - 15 5 ❑ 16 or over

ENQUÊTE AUPRES DES ERGOTHERAPEUTES CLINICIENS
15 Mai 1990

Inscrire ici les commentaires sur la supervision clinique dont vous aimeriez nous faire part.

Merci de votre collaboration.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

Dear Colleague,

A group of department heads and senior therapists from the Ottawa-Hull area are currently looking into the problems of clinical training in occupational therapy. This working group is trying to explore ways of making your job as supervisor more rewarding with respect to student instruction.

Within the framework of the regional plan which we are developing, I would appreciate receiving your opinions and ideas on clinical training.

All the information we receive will be kept strictly confidential. To assure this confidentiality, the questionnaires should be returned directly to Resscoplan Inc. **by June 15th, 1990**. This is the only party authorized to analyze the data.

The results of this survey will be forwarded to each of you within three months.

Thank you for your collaboration.

Jacqueline Gilbert

Jacqueline Gilbert
Coordinator of Clinical Training
University of Ottawa
787-6665

le 8 février 1991

Cher collègue,
Chère collègue,

voici les résultats du questionnaire que vous avez complété en juin 1990 et qui visait à recueillir vos opinions sur la formation clinique. Je voudrais vous remercier d'avoir répondu en si grand nombre. Nous avions envoyé un total de 150 questionnaires et lors de la date limite nous en avions reçu 100 dûment remplis. Ceci représente un taux de participation de 66% . Les résultats qui vous sont ici soumis ont été calculés sur cette base. Cependant, 16 questionnaires additionnels furent reçus dans les trois semaines qui ont suivi la date limite. Compte tenu des frais et des délais à encourir pour faire un nouveau traitement de données, nous avons décidé de vous communiquer les résultats compilés sur un taux de 66% de participation. Pour les besoins d'une publication future, nous inclurons les autres questionnaires portant à 77% le taux de participation ce qui est excellent. Notre consultant en statistiques nous a confirmé que les résultats et les tendances notées avec les 100 questionnaires devraient se maintenir même avec les 16 questionnaires additionnels. Nous avons refaits les calculs manuellement pour certaines questions clés et nous sommes en mesure de confirmer que les tendances se maintiennent.

Voici donc les résultats bruts compilés pour chaque question. Nous attirons votre attention sur certains résultats qui nous paraissent plus particulièrement surprenants et qui donnent matière à réflexion. Je vous encourage à en discuter dans votre groupe.

Nous vous remercions de votre collaboration. Nous pouvons maintenant analyser certains problèmes et plus important encore, nous pouvons agir concrètement sur certains éléments qui sont de notre pouvoir et qui pourront nous aider à améliorer le volet clinique. Un rapport détaillé des résultats a été envoyé au ministère de la santé qui a subventionné ce projet afin de leur donner une vision plus éclairée de la conception des cliniciens de notre région sur la formation clinique.

Je vous invite à me contacter si vous avez des commentaires ou des questions suite à la lecture de ce document. Il me fera plaisir d'y répondre.

Jacqueline Gilbert
Coordonnatrice de la formation clinique
787-6665

N.B. Ce document est aussi disponible en version anglaise

A. LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Le questionnaire fut envoyé à tous les ergothérapeutes de notre territoire qui pratiquent directement avec les clients. Les chefs de service ayant principalement des fonctions administratives furent exclus de l'étude. Nous avons atteint 150 cliniciens ce qui représente la totalité des praticiens de la région immédiate d'Ottawa-Hull faisant partie des milieux accrédités par l'ACE ou approuvés par l'université.

Une image de la pratique dans notre région

- La moyenne d'années de pratique en tant qu'ergothérapeute est de 8.7 ans allant de 1 mois de pratique à 31 ans de pratique. 6% des répondants avaient moins de 1 an d'expérience, 32% entre 1 et 5 ans d'expérience, 33% entre 6 et 10 ans et 27% avaient 11 ans et plus d'expérience de travail.

- 81% des répondants travaillent à temps plein, 18% à temps partiel

- 65% des répondants pratiquent en médecine physique (enfants, adultes, personnes âgées) 19% en psychiatrie (tous les âges), 14% en communautaire. Dans 2% des cas, les données n'étaient pas disponibles.

- Bienque 65% des questionnaires aient été complétés en anglais, on note que 30% des répondants utilisent uniquement l'anglais dans leurs interventions et 11% des répondants n'utilisent que le français.

- 2% des répondants travaillent comme seul(e) ergothérapeute dans leur service, 20% proviennent de milieux ayant entre 2 et 5 thérapeutes, 17% de milieux comptant entre 6 et 10 ergothérapeutes et 59% proviennent de milieux ayant plus de 11 cliniciens. Pour 1% des répondants,la donnée n'était pas disponible.

Les résultats du questionnaire

Voyons maintenant ce que nous révèle ce questionnaire...

EXPERIENCE DE SUPERVISION

6. Combien d'étudiant(e)s en ergothérapie avez-vous supervisé depuis les trois dernières années?

25%	18%	25%	15%	17%
0	1	2	3	4 et plus

7. Combien d'étudiant(e)s en ergothérapie de l'Université d'Ottawa avez-vous supervisé depuis les 3 dernières années?

37%	33%	15%	10%	4%
0	1	2	3	4 et plus

> Questions 6 & 7
> De ces questions, en utilisant les tableaux croisés qui furent mis à notre disposition, on constate que dans les 3 dernières années 72 places de stage furent occupées par des étudiants en provenance des autres universités, ce qui correspond à 2 places sur 5. Cela constitue un important potentiel de places qui pourraient éventuellement être offertes en priorité à l'Université d'Ottawa. Ceci correspond à environ 24 places par année.

8. Dans votre cas personnel, est-ce que la tâche de superviser un étudiant en ergothérapie est:

40% Inscrite dans votre description de tâche et sujette à votre évaluation annuelle de rendement

32% Inscrite dans votre description de tâche mais non sujette à votre évaluation annuelle de rendement

3% Non inscrite à votre description de tâche, mais sujette à votre évaluation de rendement

7% Non inscrite à votre description de tâche, non sujette à votre évaluation annuelle de rendement

17% Je ne sais pas

1% Données non disponibles

Question #8
Cette question nous apporte d'intéressantes informations. En effet, la tâche de supervision clinique figure dans la description de tâche de 72% des répondants mais n'est évaluée que dans 40% des cas (à l'exception du 3% qui se disent évalués sur cette fonction bien qu'elle ne soit pas inscrite dans leur description de tâche). Autre point intéressant, 17% des répondants ne savent pas si cela fait partie de leurs fonctions de superviser ou non les étudiants. Ceci peut nous donner matière à réflexion en tant qu'administrateurs et constituer une invitation à mieux reconnaître la formation clinique comme une fonction professionnelle régulière.

Si vous n'avez pas supervisé d'étudiant en ergothérapie depuis 3 ans,passez à la question 16.

9. Si vous avez supervisé au moins un étudiant au cours des trois dernières années, indiquez-nous le niveau académique de l'étudiant que vous avez supervisé la dernière fois.

16%	24%	29%
2e année	3e année (2jrs/sem)	3e année (2mois)
28%	3%	
4e année	données non disponibles	

10. La dernière fois que vous avez supervisé un étudiant, comment vous a-t-on présenté la demande en fonction de votre charge de travail?

19% Mon chef de service a comptabilisé ou comptabilisera cette tâche dans mon évaluation de productivité (statistiques)

1% Mon chef de service m'a avisé(e) que cela ne doit pas affecter ma productivité (statistiques)

37% Aucune consigne ne m'a été donnée clairement par mon chef de service mais j'ai l'impression que je dois ajouter cette tâche sans réaménager mon horaire.

49% ☒Aucune consigne ne m'a été donnée clairement par mon chef de service mais je savais que je pouvais réaménager mon horaire.

4% ☒Autre

Question #10
Pour 76% des répondants, les attentes de leur administrateur face à la tâche de supervision ne sont pas claires. Or, un des éléments clé de la motivation à la tâche est justement que les attentes soient clairement définies de façon à ce que l'on sache à quoi s'en tenir. La clarté des attentes facilite aussi l'évaluation de rendement. Il est aussi intéressant de réaliser que seulement 19% des répondants voient cette tâche comptabilisée dans l'évaluation de productivité (statistiques). L'Université en collaboration avec les chefs de service pourraient travailler à clarifier ces aspects problématiques de la formation clinique.

11. La dernière fois que vous avez supervisé un étudiant en ergothérapie, dans quelle mesure votre charge de travail a-t-elle été affectée?

17% ☒La charge régulière n'a pas été affectée par cette supervision

7% ☒La charge régulière de travail a été allégée par cette supervision

76% ☒La charge de travail a été augmentée par cette supervision

Question 11
24% des répondants (presque 1 personne sur 4) disent que la charge de travail est ou bien non affectée ou bien allégée alors que 76% (3 personnes sur 4) disent que leur charge de travail est augmentée. Ainsi, les cliniciens ne semblent pas tous aborder la tâche de la même façon ce qui affecte différemment la charge de travail.Un tableau croisé entre le nombre d'années d'expérience et la réponse à la question 11 ne nous permet pas d'établir de relation entre l'expérience et la façon dont la charge de travail est affectée.Il ne semble pas non plus y avoir de relation significative avec les domaines de pratique.

12. Veuillez indiquer ce que vous avez aimé le plus lors de votre dernière expérience de supervision d'un étudiant en ergothérapie (Un seul choix)

39% ■La relation étudiant-superviseur

19% ■L'expérience acquise comme superviseur

5% ■Le travail que l'étudiant a accompli et qui vous a permis de vous libérer de certaines tâches.

11% ■Les nouvelles notions que vous a apportées l'étudiant

9% ■Le fait de réaliser que vous aviez des habiletés d'enseignant

3% ■Le support et le feed-back offerts par l'Université d'Ottawa

13% ■Autre

13. Lors de la supervision de votre dernier étudiant, combien d'heures par semaine avez-vous consacré au contact individuel avec l'étudiant (temps de supervision direct en l'absence de client, incluant l'explication de cas, le feed-back régulier mais excluant le temps des 2 évaluations mi-terme et finale)

8%	47%	32%
■1 heure/sem	■2-3 heures/sem	■4-5 heures/sem
6%	7%	
■6-8 heures/sem	■8 heures et plus /sem	

Question #13
On constate une grande disparité dans le temps alloué par les thérapeutes pour faire la supervision directe, en l'absence des clients. C'est ainsi que 45% des répondants allouent plus de 4 heures semaines soit plus d'une demie journée par semaine pour cette fonction. Nous considérons que cette tâche ne devrait pas prendre plus de 3 heures/semaine. 55% des répondants y parviennent. Encore une fois, il semble y avoir une différence importante dans la conception qu'ont certains cliniciens de la tâche de supervision clinique. Nous croyons que les sessions de formation que nous offrons peuvent contribuer à augmenter l'efficacité des intervenants dans leur rôle de superviseur.

14. Suite à votre expérience de superviseur, quel serait le meilleur moyen de faciliter votre tâche de superviseur clinique (Un seul choix)

21% ■Que vous soyez libéré(e) pour assister aux sessions régulières d'information pré-stage et aux ateliers de formation à la supervision

7% ■Que le coordonnateur clinique de l'Université soit plus présent dans votre milieu

16% ■Qu'il y ait moins de papier à remplir

36% ■Que l'on reconnaisse votre travail de supervision sur le plan de votre productivité

8% ■Que vous ayez de l'aide pour formuler les objectifs d'apprentissage de l'étudiant

9% ■Autre

3% Données non disponibles

> Question #14
> Vos réponses nous invitent à essayer de trouver des stratégies pour que la tâche soit reconnue dans votre productivité. Veuillez aussi noter que des sessions d'information ont lieu avant chaque stage. Informez-vous auprès de votre chef de service ou de votre thérapeute sénior pour en connaître les dates.

15. Inscrire le temps que vous avez pris lors de votre dernière expérience de supervision pour remplir le formulaire d'évaluation PEOTS (incluant les évaluations mi-stage et fin de stage)

0% ■Moins 1 heure	24% ■1-2 heures	68% ■3-5 heures
5% 6-8 heures	1% 9 heures et plus	1% non disponible

16. Veuillez indiquer par ordre d'importance les 4 tâches que vous jugez les plus désagréables ou difficiles face au travail de supervision (1 étant la tâche la plus désagréable).

6 ■Organisation de l'horaire

5 ■Définir les objectifs d'apprentissage pour qu'ils soient ajustés au niveau de l'étudiant

2 ■Remplir le formulaire d'évaluation (PEOTS)

4 ■Stress d'avoir continuellement l'étudiant avec vous

7 ■Enseignement théorique à faire

8 ■Crainte que vous n'ayez pas toutes les réponses aux questions des étudiants

3 ■Avoir à faire échouer un étudiant

1 ■L'inaptitude de l'étudiant

Question #16
Les résultats vous sont ici transmis selon la fréquence où les énoncés ont été choisis. Ainsi, ce qui est le plus désagréable c'est l'inaptitude de l'étudiant, le fait d'avoir à remplir le formulaire d'évaluation, le fait d'avoir à faire échouer un étudiant et le stress d'avoir continuellement l'étudiant avec vous. Il semble que nous aimerions que les étudiants qui vont en stage soient déjà gradués si on en juge ,par ce qui est le plus désagréable soit l'inaptitude des étudiants... Cet item est cependant trop vague pour nous permettre d'identifier ce que cela veut dire pour chacun d'entre vous. Cependant, il nous semble que le rôle d'éducateur face aux besoins de l'étudiant n'est pas clair. Les 2ième et 3ième éléments les plus désagréables sont le formulaire d'évaluation et le fait d'avoir à faire échouer les étudiants.Les cliniciens semblent être mal informés. En effet, la responsabilité de faire passer ou échouer un étudiant revient à l'Université. Le clinicien doit fournir à l'Université une description de la performance de l'étudiant. Nous vous demandons un jugement clinique sur la performance de l'étudiant. Les données qualitatives sont transposées en données quantitatives à l'Université. Après compilation des données, si les résultats sont sous la moyenne, le coordonnateur contacte le clinicien pour vérifier si cela correspond bien à la perception du clinicien. Nous avons

déjà eu 3 échecs en stage. Dans les 3 cas, les thérapeutes sont dites satisfaits de ne pas avoir eu à poser eux-mêmes le verdict d'échec tout en confirmant que l'étudiant n'avaient pas atteint les exigences minimales du stage.

17. Donner ce qui constituerait pour vous l'incitatif le plus intéressant face à la supervision clinique.(Un seul choix)

32% Une rémunération additionnelle qui irait dans le fond d'éducation de votre service

11% L'accès au service des sports, à la bibliothèque ainsi qu'au Cercle des Professeurs de l'Université d'Ottawa moyennant les frais minimum d'inscription

5% Que cette tâche fasse partie de votre évaluation de rendement

10% Que les étudiants puissent contribuer à alléger votre tâche.

37% Autre

5% données non disponibles

Question #17
Vous demandez-vous ce qu'ont dit les 37% qui ont répondu autre? Eh bien, presque tous ont répondu que la supervisio clinique est une responsabilité professionnelle et qu'ils n'ont pas besoin de motivation extérieure pour faire cette contribution à la profession.
Pour ce qui est d'une contribution financière (32%) il n'est pas actuellement possible pour le programme de défrayer cette activité. Cependant, nous envisageons certaines démarches pour essayer d'aller chercher des fonds. Ce sont des négociations longues et dont les résultats sont incertains. Pour ce qui est des 11% de répondants qui aimeraient avoir accès au service des sports, à la bibliothèque et au Cercle des Professeurs, tout cela est maintenant possible via la politique de double affectation. Parlez-en à votre directeur ou à votre thérapeute sénior, ils ont l'information.

18. Dans quelle mesure vous sentez-vous supporté par votre chef de service face à la tâche de superviseur clinique?

13%	36%	42%
■Ne s'applique pas	■Beaucoup	■Peu
5%	4%	
■pas du tout	données non disponibles	

19. Dans quelle mesure vous sentez-vous supporté par la personne responsable des stages de l'Université d'Ottawa dans cette tâche de superviseur clinique?

28% ■Je n'ai pas supervisé d'étudiant de l'Université d'Ottawa

37%	30%	1%
■Beaucoup	■Peu	■Pas du tout

4%
■données non disponibles

Questions 17-18-19
Lorsqu'on réalise que 47% des répondants trouvent qu'ils ont peu ou pas de support de leur administrateur et 31% trouvent qu'ils ont peu ou pas de support de l'Université, il nous semble y avoir matière à réflexion. Nous voyons là une invitation très concrète à se pencher sur la question du support à offrir. La question 17 suggère qu'il n'y a pas unanimité parmi les gens face aux meilleurs incitatifs. Cependant, nous devrons dans l'avenir essayer de trouver des stratégies concrètes pour valoriser la tâche de supervision et pour que les principaux intervenants se sentent plus supportés dans leur milieu et à l'Université.

20. Si vous n'avez jamais supervisé d'étudiants en ergothérapie donner les deux principales raisons pour lesquelles vous n'avez pas supervisé.

48% ■Ne s'applique pas

18% ■Vous avez moins d'un an d'expérience clinique

15% ■On ne vous l'a pas spécifiquement demandé

6% ■Vous ne vous sentez pas à l'aise avec la supervision clinique

3% ■Vous avez l'impression que c'est une surcharge de travail

0% ■Cette fonction n'est pas valorisée dans notre service

2% ■L'enseignement ne vous intéresse pas

8% ■Autre

21. Quelle est la formule de supervision d'un étudiant en ergothérapie que vous préféreriez le plus?

62% ■1 étudiant/thé.

2% ■2 étudiants/thé.

28% ■1 étudiant/2thé.

4% ■2 étudiants/2 thé.

3% ■Autre

1% ■donné non disponible

Question #21
Le ratio recommandé par l'ACE est de 2 étudiants pas thérapeute pour aider à contrer la pénurie de places de stages. Il est intéressant de constater que les cliniciens eux-mêmes se disent intéressés dans seulement 2 % des cas par ce type de ratio. Dans 28% des cas, les cliniciens préfèrent partager la supervision d'un étudiant avec un autre thérapeute. Ce qui est encore le plus populaire c'est le traditionnel ratio un pour un.

22. Combien de fois par année accepteriez-vous un ou des stagiaires en ergothérapie?

1% 0 fois/an	44% 1 fois/an	43% 2 fois/an
4% 3 fois/an	7% 1 fois/2ans	0% Autre
1% Données non disponibles		

Question #22
Il semble exister une motivation évidente à participer au volet clinique. Votre motivation est importante car afin de répondre aux normes de notre Association Professionnelle, l'Université aura besoin de 180 places de stages par année dès 1994. Il est donc important que nous puissions compter sur chacune d'entre vous. Votre réponse nous incite à croire que le problème national de la formation clinique ne réside pas dans un manque de motivation.

23. Quel est le niveau d'étudiant que vous préféreriez avoir en stage?

7% 2e année	10% 3e année (2jrs/sem)	17% 3e année (2mois)
17% 4e anné	47% indifférent	2% non disponible

Question #23
Il semble que pour près de 1 thérapeute sur 2, le niveau de l'étudiant ne soit pas un critère dans le choix du stage à superviser. Nous avons constater dans les offres que vous nous avez fait pour 1991,que le stage le plus populaire est celui de 6 semaines en novembre-décembre ou nous avons un excédent de places alors que peu de places furent offertes pour le stage de 2 jrs par semaine.

PROGRAMME D'ERGOTHERAPIE

24. Avez-vous déjà été impliqué dans le programme d'ergothérapie dans une fonction autre que celle de superviseur clinique depuis les dernières années?

41% ☐oui 58% ☐non 1%☐non disponible

25. Si non, seriez-vous intéressé à vous impliquer dans le programme?

31% ☐oui 18% ☐Je ne sais pas

8% ☐ne s'applique pas → Passez à la question 27

14% ☐non →Passez à la question 27

29% ☐non disponible

26. Quelle est l'activité à laquelle vous aimeriez le plus participer? (Un seul choix)

24% ☐Chargé de cours d'une durée de 2 à 10 heures

8% ☐Chargé de cours d'une durée de 11 heures et plus

18% ☐Présentation de cas

8% ☐Visite pour un pannel

4% ☐Participation à un ou des comités

14% ☐Recherche

4% ☐Autre

4% ☐non disponible

14% ☐choix multiple

FORMATION POUR LA SUPERVISION D'ETUDIANTS EN ERGOTHERAPIE

27. Estimez-vous avoir besoin de formation pour perfectionner vos habiletés de superviseur clinique?

76% ■oui 23% ■non -Si non, passez à la question suivante

1% ■non disponible

28. Indiquer les deux(2) sujets de formation que vous estimez le plus adéquat pour vous.

17% ■Formulaire d'évaluation (PEOTS)

12% ■Contrat d'apprentissage

29% ■Définition et ajustement des objectifs de stage au niveau de l'étudiant

13% ■Gestion du temps et de l'horaire de supervision

25% ■Attitudes de supervision

3% ■Autre

29. Indiquez le format de séance de formation que vous préféreriez le plus?

31% ■Atelier de ½ journée 27% ■Atelier d'une journée

10% ■Atelier de 2 jours 0% ■cours de 3hres/10semaines

23% ■Session régulières de formation dans votre milieu

6% ■Je n'ai pas de préférence

3% ■Autre

Le questionnaire se terminait avec une section de commentaires qu'il serait trop long de rapporter. Plusieurs des commentaires allaient dans le sens que la formation clinique est une responsabilité professionnelle, qu'il y a lieu de trouver des stratégies pour que la tâche soit plus reconnue.

Ceci termine ce rapport. Une fois de plus, nous vous remercions d'avoir participé à ce recensement d'opinion. Ces données nous seront très utiles dans les développements du programme clinique où nous sommes partenaires.

***

APPENDICE C

CONTRAT

Proposition de contrat entre

Jacqueline Gilbert, chercheure principale

et

chaque expert-consultant du groupe de recherche action

(nom)_____

visant à: élaborer de façon collaborative une nouvelle planification régionale de la participation des ergothérapeutes à la formation clinique

---

1. Il est convenu que les noms de tous les experts consultants ayant participé à cette recherche seront mentionnés dans les documents s'adressant à la communauté ergothérapique.

2. Il est convenu que lors du processus de décision le groupe étudiera la pertinence de publier les résultats de cette démarche. La position retenue devra faire l'objet d'un consensus du groupe.

3. Dans le cas d'une publication à la communauté ergothérapique, il est convenu que l'auteure principale sera Jacqueline Gilbert. Le nombre de membres participant à la rédaction de l'article n'excèdera pas 3 personnes. Ces personnes devront s'engager à consacrer le temps et l'énergie pour ce travail qui ne relève plus du groupe de chercheurs.

4. Pour des raisons d'efficacité et de fonctionnement du groupe l'horaire sera respecté rigoureusement.

_____
(signature)

_____
(signature)

(date):_____

APPENDICE D

Fieldwork content

CAOT accreditation standards, 1986

APPENDICE D

Fieldwork content

CAOT accreditation standards, 1986

FIELDWORK CONTENT

(from : CAOT accreditation standards, 1986)

STANDARD XI

A MINIMUM OF 1200 HOURS OF FIELDWORK EXPERIENCE UNDER THE SUPERVISION OF A QUALIFIED OCCUPATIONAL THERAPIST SHALL TAKE PLACE IN HOSPITALS, CLINICS, WORKSHOPS, HOME CARE AND COMMUNITY PROGRAMS. THESE FIELDWORK EXPERIENCE HOURS MUST REFLECT A VARIETY OF PRACTICE APPROACHES. AT LEAST 600 HOURS SHALL BE COMPLETED IN THE FORM OF FULL TIME EXPERIENCE. SPECIFIC FIELDWORK SHALL FOLLOW APPROPRIATE PREPARATION IN THE BASIC AND PROFESSIONAL CONTENT COURSES.

XI.1 There should be a statement of the goals of the fieldwork experience.

XI.2 Fieldwork experience shall be obtained only in facilities accredited by the CAOT Fieldwork Accreditation Committee or approved by the academic program.

XI.3 The fieldwork hours spent by students in accredited facilities shall exceed the hours spent in approved facilities.

XI.4 There shall be a clear statement of the criteria used by the academic program to grant approved status to a fieldwork facility.

XI.5 Each student fieldwork record should include a minimum of 150 hours in acute physical dysfunction and 150 hours inn acute psychosocial dysfunction.

XI.6 Fieldwork performance should be evaluated using the fieldwork Performance Evaluation form or its equivalent.

XI.7 Fieldwork performance should be supervised and evaluated by qualified occupational therapists. In those facilities without an established occupational therapy service, sutdent supervision and evaluation must be provided by an off-site qualified occupational therapist in conjunction with the facility supervisor.

XI.8 An occupational therapy faculty member should be designated as fieldwork coordinator.

XI.9 It is recommanded that occupational therapists responsible for the planning, organizing and directing of the student fieldwork program in the facility (facility fieldwork coordinator) be appointed, when appropriate to the faculty of the occupationnal therapy educational program.

XI.10 It is recommanded that occupational therapists supervising students in fieldwork placements have established eligibility in CAOT and have had at least one year of clinical experience prior to assuming full responsibility for student supervision

XI.11 The recommanded student to supervisor ratio is 2:1. Other ratios are acceptable when mutually arranged between the university fieldwork coordinator and the facility.

XI.12 The university fieldwork coordinator should provide all fieldwork supervisors with a summary of the content of the occupational therapy cuurriculum, the program fieldwork objectives and a previous experience profile for each student.

XI.13 It is recommanded that the university fieldwork coordinator maintain an outline of the general fieldwork experiences available in the program catchment area.

XI.14 The university fieldwork coordinator should assist facility fieldwork supervisors to develop performance objectives specific to that facility and these should be kept on file at the university.

XI.15 The university fieldwork coordinator should keep a record of all the facility fieldwork coordinators and supervisors within the catchment area including their qualifications.

XI.16 There should be a time-specific formal agreement or contract of affiliation between the educational program and each facility in the catchment area accepting occupational therapy students.

APPENDICE E

Liste des activités réalisées comme mesures d'appui

OCCUPATIONAL THERAPY PROGRAM
LISTE DES ACTIVITES REALISEES POUR ASSURER UN SUPPORT AUX CLINICIENS FACE A LEUR TACHE DE SUPERVISEUR
de septembre 1987 à avril 1990

1. Activities to acknowledge clinicians participation

.Diplomas send to hospital administrators
.The Joint appointment policy
(eligibility to sports, library, Faculty Club, access to research)
.Feed-back after the placements to thank clinicians and inform them of the student's score on PEOTS
.Invitation to the first promotion

2. Activités pour supporter les cliniciens dans leur rôle de superviseur

.Atelier de 2 jours sur la supervision clinique, subventionné par le programme (Mme.Pat Wells) anglais
.Atelier d'une journée sur l'évaluation (PEOTS) donné par l'auteure, Mme Marilyn Ernest , français et anglais
.Sessions d'information avant chaque stage , français et anglais
.Visites aux milieux sur demande
.Contact téléphonique avec les thérapeutes à mi-stage
.Visites aux milieux en cas de problèmes avec des étudiantes
.Supervision additionnelle donnée à l'université pour les étudiant(e)s en difficulté.

3. Activities to inform clinicians on the O.T.Program

.Visit to each facility to present the program (22)
.Exhaustive documentation for each facility
.Presentation to OSOT (on research)

4. Activités visant à augmenter le nombre de milieux

.Atelier d'une journée sur le processus d'agrément des milieux (Elaine Kuretsky et Danielle Massicotte)
.Visites dans le Nord Ontarien
.Approbation de 6 milieux avec un(e) seul(e) thérapeute

5. Activities to encourage participation to the Program

.Consultant Committee to the Fieldwork Program
.Modifications of the program following clinicians comments
.Feedback on National Symposium

6. Innovations dans le programme clinique

.Diminution de la demande sur les milieux cliniques par le biais du parrainage qui compte pour 3 semaines de stage en milieu non-traditionnel
.promotion de l'ergothérapie

.Contribution des étudiant(e)s pour les stages 4-5-
(libération des cliniciens 1 jour par semaine pour travailler sur un projet du milieu)

.Préparation des étudiants (rencontre pré-post stage)

APPENDICE F

Article de Elizabeth Yerxa

Research: The Key to the Development of Occupational Therapy as an Academic Discipline

Elizabeth J. Yerxa

Research is essential to achieving our aspirations for our patients and our hopes and dreams for our profession. Yet, if we were to ask the occupational therapist in the clinic, the school, or the academic department, "What do you mean by research?" we should no doubt obtain a variety of answers. Some might reply, "experiments which prove that occupational therapy works." others, "quantitative support for hypothetical propositions regarding the relationship between variables," "tests of theory which lead to theory growth," or "clinically relevant strategies for evaluating change in patients."

In this paper I shall propose that our concept of research be broadened and enlarged to include many (all) clinical practices with our patients, when people who have chronic disease or disabilities, and that our role and position within the academic community, which I am calling occupational therapy as an academic discipline

Research

Research is not experimental method, quasi-experimental approaches or single system studies. Rather, research is a systematic way of observing some aspect of the world and describing it so that it can be better understood. A sense of understanding is the gift we receive from research. Since research is a process that has been invented by human beings, it is also subject to human emotions and frailties. Thus, research may be undertaken in the service of the ego, as a ritual (Ottenbacher & Bonder, 1986), for political ascendancy, economic advancement, and social conformity, or even to create a false sense of security. Louis Thomas (1981) observed, "Although science depends upon surprise, only succeeds when it achieves surprise, and lives off surprise, there is something intolerable to the scientists themselves about sustained, enduring surprise. It is necessary to explain the thing, whatever, away as quickly and flatly as possible, and whenever possible in mathematical terms" (p. 95).

Research is not a particular method or adoption of a particular scientific model such as Newtonian physics. It is, rather, a careful, reasoned search—a scholarly pursuit of understanding. I think of light related words: lighting a candle, enlightenment, lightening up, illumination that penetrates the darkness of ignorance. Research in occupational therapy is the scholarly pursuit of understanding not only about our patients, people who have extra challenges affecting adaptation, but all people (more about that later).

Academic Discipline

A university represents a universe of knowledge accumulated by mankind. This universe exists within an institution consisting of buildings, faculties, administrators, a student body, and usually a football team and a marching band. From an intellectual point of view, the institution exists primarily to generate knowledge, organize it, and transmit it to future generations. Thus, each academic department, such as the department of occupational therapy, constitutes a significant component of that universe. An academic discipline, thus, is a particular field of scholarship that contributes to the knowledge universe of the entire university and also gains knowledge from other academic disciplines within that universe. That is the meaning of academic discourse.

To be an academic discipline then it is not sufficient to simply transmit knowledge or train professionals; the primary reason for existence is to generate ideas and test them and mingle them with other

Elizabeth J. Yerxa, EdD, OTR, FAOTA, is Professor and Chair, Department of Occupational Therapy, University of Southern California, Los Angeles, California 90007.

This paper is based on presentations made January 15, 1987, at the Maternal and Child Health Occupational Therapy Conference in Los Angeles and April 9, 1987, at the meeting of the Representative Assembly of the American Occupational Therapy Association in Indianapolis.

ideas creating a new fabric of understanding. That's why, even when one has a losing football team, the university continues.

Today, many universities are reexamining their mission and role in society (Austin, 1986). They are being criticized both internally and externally for becoming job factories rather than centers of scholarship, for becoming too large and ill defined in structure, for being driven by economic rather than academic incentives, and for presenting students with poor role models of faculty scholarship. The university milieu is generating a great deal of "heat" and as Truman said, "If we can't stand the heat we're going to have to get out of the kitchen." Unless departments of occupational therapy can demonstrate their strength and contribution to the university, unless we can stand on our ideas with the more venerable academic disciplines, we shall not remain within the university.

Advantages of an Academic Discipline

In 198[illegible] occupational therapy is standing at a crossroads; the decision made will have profound implications for our patients and our future contributions to society. Those of us in positions of leadership play a strong role in affecting the decision. Shall we take the necessary steps to solidify our contribution as an academic discipline or shall we, instead, focus our energies on other issues of professionalism? Why should we be concerned at all about what happens in the ivory tower?

An academic discipline is recognized by other scholars as a legitimate area of study. Thus, it is sought out for new knowledge which can be used by other disciplines. The knowledge generated by an academic discipline may have a profound impact on a profession and society, often, in unforeseen ways. For example, Howard Gardner (1985) traced the birth of cognitive science.

As a result of the development of cognitive science as an academic discipline, society gains a more comprehensive understanding of human problem solving, such a new understanding may revolutionize the way in which we approach teaching and learning. Cognitive science contributes to a wide array of other disciplines, including biology, anthropology, the neurosciences, linguistics, and gerontology, to name a few. Scholars recognized for their work in cognitive science are enthusiastically recruited by major universities throughout the world. The most promising graduate students seek to become apprentices to these faculty members so that they, in turn, may contribute to the development of the discipline in the next generation. This is how universities contribute to the evolution of knowledge and the development of scholars.

A Vision for Occupational Therapy

By contrast, in occupational therapy, we don't seem to have a consensus about the nature of our discipline, where it ought to go in the future, and the degree to which we are desirous of maturing in our contribution as an academic discipline. If we had such a consensus and decided to take the route of an academic discipline, what difference could it make?

First, we could continue to develop and organize our knowledge of play, work, rest, sleep, and self-maintenance (our ADL's, as Mary Reilly would say). Second, we could learn much, much more about how human beings adapt to changing environmental conditions and internal changes that affect their capacity to act on the environment. Third, we could assess how people decide how they will use their time and how they will organize their daily rounds of activities, at what tempo, and with what rhythm. Finally, we could understand how the continuum of occupation with its roots in childhood play leads to competence and achievement behavior in the adult and to well being, fulfillment, and life satisfaction in the older person.

Would this knowledge help our patients? Yes, very much so. For we are often in the position of dealing with incapacity, trying to reduce it although we don't know nearly enough about *capacity*. Would the generation of this knowledge help our profession? Yes again. It would increase the clarity of our communication with other disciplines and thus also increase the other disciplines' understanding of and respect for what we contribute. It would also help us achieve integration with other disciplines and a clearly defined role within the university. Such a position would assure that our students were of the highest quality and that their minds were rigorously prepared for the difficult problems posed by our patients. A dangerous trend for the future of practice and knowledge development is the decrease in the number of qualified applicants to our schools. Currently fewer than 50% of occupational therapy educational programs are filled to capacity. The recognition of occupational therapy as a mature academic discipline would enable us to attract more students with higher academic potential.

A Strategy for Research

One of our greatest dilemmas as a profession seems to be that we are frequently perceived as different. Now being different can make one feel and become like an outsider or it can provide an opportunity to capitalize on one's differences as uniqueness. In show business we have examples where being different has been converted to a real asset. Jimmy Durante's nose, Groucho Marx's eye brows, and even Woody Allen's physique are examples of how differences have been transmuted into assets.

In clinical practice we are often confusing to those who practice in the tradition of the physical sciences because we are not satisfied to deal with fragments such as bones, muscles, or reflexes, or limit our practice to hard scientific evidence that can be measured precisely. We ask questions about how children relate to their peers, the nature of their play, and how satisfied they are with what they do all day. These are "fuzzy" or "soft" questions according to objective scientists or professions grounded in the physical sciences, yet we know they are central to the child's life. But they do sometimes get us into trouble with those who prefer to ask and answer simpler, more objective questions and deal

real."

In academia too, we are different. We are not easily classified as a field of study although others, outside of occupational therapy try to classify us as "allied health," "paramedical," "professional" or "like physical therapy, except that occupational therapy emphasizes function."

When it comes to research and theory we really seem to cause consternation. What methods have a "goodness of fit" with our knowledge base, philosophy, ethics, and view of the human as one who acts on the environment? Are the research questions we ask better answered by research methods used by physicists (experiments), behaviorists (single system approach), anthropologists (ethnographic methods), sociologists (descriptive surveys), or are they best answered by *all of the above* (and, as a good multiple choice question writer, I must add, or by *none of the above*)? I submit that in each case, in practice, academia, and research we constitute an anomaly. This makes it difficult for us to be understood, and yet it enables us to make a singular, unique, and much needed contribution.

Research Contributions

Lewis Thomas (1981) observed that "the greatest of all accomplishments in twentieth century science has been the discovery of human ignorance (p. 89). A hundred years ago we thought that we knew everything. He goes on to say that now we live, as never before, in "puzzlement" and that it is the puzzles that lead to work or the research that leads to new knowledge.

What are our puzzles? I propose that our questions deal with the central issues of occupation science, a basic science. By basic science I mean the pursuit of knowledge that is not limited or hampered by how it is going to be used. By occupation science I mean a body of knowledge that is devoted to understanding the human being as one who engages in activity. This activity is goal directed, adaptive, organized, and named and classified by the culture within the ongoing stream of human activity. It develops in a progression, beginning the child and leading to the occupational behavior of the adult. In short, it is occupation.

Questions suggested by this basic science of occupation might read as follows. How do play behaviors in childhood relate to the development of competence and achievement behaviors in adults? What environmental conditions foster play? In what ways do people experience and classify their occupations? How do individuals learn to organize their time and balance their daily rounds of activity? How does engagement in occupation relate to adaptation, coping, and resiliency in the face of stress?

These questions require that the multilevel human system be studied. But even that is insufficient. They also require that the human system be studied within an environmental context. The sense of understanding emanating from learning about these issues could contribute to knowledge in an array of disciplines, including neuroscience, biology, psychology, anthropology, and sociology, to name a few. The contribution of this knowledge to society as well as to our patients would be substantial.

Recently I reviewed all of the courses offered in the graduate catalogue at the University of Southern California. I was amazed to find huge holes in the areas of play, work, rest, leisure, human adaptation, temporal organization, and systems models—a major gap in the universe of knowledge within a major research university with an outstanding graduate school. Our research questions are different in a positive sense and have outstanding potential for contributing to the universe of knowledge. We are up to our ears in puzzles!

I've been concerned for many years about the lack of instruments available to measure concepts that are important to how we "name and frame" (Schon, 1983) our problems. This lack may influence our research since we tend to measure what we have the tools to measure and might, therefore, obtain irrelevant or misleading information. Since many instruments sacrifice complexity for precision, they might force us to settle for less than we need to know. This tunnel vision approach to research is the kind of oversimplification that led to the use of the prefrontal lobotomy as a treatment for psychiatric patients or touted cortisone as a wonder drug for rheumatoid arthritis.

When I was in graduate school I had a professor of developmental psychology whose name was Freida Rebelsky. She was an excellent teacher and a colorful, iconoclastic personality. Freida often said, "If you want to know something about a human being, ask the person." In other words, the research subject might be one of the most important sources of information and the interview the most valuable instrument for obtaining the information sought.

Instruments don't need to be quantitative and precise in order to be useful. Since concepts in our science are complex, interrelated, and not readily reduced and quantified, and since the relationships between concepts might be the most important things for us to understand (for example, person/environmental interaction), interview, field observations, and histories might add important and unique dimensions to our instruments.

It follows, then, that our research methods might not fit the mold of traditional nineteenth century physics that is still the "in" model of science. We need to search for research methods that maintain the integrity of the human being so that we are, first and foremost, studying a person as an occupational being. The means we use ought not to sacrifice the person on the altar of reductionist, fragmented science.

Research approaches such as ethnography, life histories, systems models, and comparative analysis might have a goodness of fit with our interest in complexity and richness. However, in the scientific community, especially in those disciplines that worship physics, these approaches will not be perceived as scientific. Our difference here could be a source of strength. For example, eminent biologists such as Weiss (1977), Mayr (1982), and Simpson (1964) decry the use of the methods developed in physics to study living systems. Sameroff (1982), a developmental psychologist, believes that the

dynamic process of human development cannot be frozen into the dead framework of physics. He has adopted general systems theory as a model. Anthropologists, as anthropologists will, still produce ethnographies and learn to know and love their subjects. Scientists who are interested in the environment, such as Rapoport (1982), believe that we should adopt scientific models from meteorology and climatology rather than physics, because these two sciences deal with both complexity and rapidity of change. Other scientists besides occupational scientists are developing a distrust for the ability of nineteenth century physics to serve as a model for research approaches dealing with living systems, adaptation, and person/environment interactions, especially those in which the human being acts on the environment rather than being affected by it.

Politics of Research

One of the developmental milestones that all of us seem to have to reach is the realization that almost all of life is political. Research has its own set of politics. It is better to acknowledge than to deny this fact. Knight (1986), a historian of science, reminds us that the word *scientist* was added to the language only in the 1830s when the current institutional structure of science originated.

If we *are* different, and the difference is positive, to be valued rather than scorned, then we need to be very careful about the direction in which our occupation-science develops. Even though our questions and problems are complex, scientists of the nineteenth century mold will try to get us to simplify, fragment, and reduce them. These well-meaning persons who do not understand our work may exert strenuous pressures on us to adopt the model of physics as the only, truly scientific paradigm. Such "pressors" may be members of other disciplines, disciplines that have emanated from the physical sciences, such as medicine, physical therapy, or engineering. Alternatively, they may even be social scientists seeking scientific respectability.

A crucial political fact of academic and clinical life is that our discipline and the research emanating from it are not well understood. The environments in which we practice, theorize, and conduct research may therefore be unfriendly. Persons from other disciplines, who know nothing about us, or worse, know nothing but *think* they understand us, while criticizing us from their own misconceptions, may make harsh decisions affecting the development of our discipline. These decisions may have a serious impact on our ability to provide quality services to patients.

Several major research and liberal arts colleges and universities closed out their occupational therapy departments in the past 15 years. One of these, at the University of Pennsylvania, was one of our most venerable programs, founded by some of our most distinguished pioneers. Such decisions are always highly political, but, and this is an important *but*, they are justified on conceptual or scholarly grounds. University administrators justify such decisions with the argument that the academic program doesn't contribute to the goals and mission of the college or university and that therefore it is expendable. In the highly competitive, economically charged and soul searching academic world of the 1990s, each discipline is being scrutinized as never before for its congruence with the mission of the institution. Concurrently, standards for faculty qualifications and scholarly productivity continue to be raised. The current university milieu constitutes a major challenge to the continued acceptance and development of occupational therapy as an academic discipline.

Besides upsetting loyal alumni, what result might be expected from these events? If occupational therapy left the university, the loss would reverberate throughout clinical practice, theory development, research and scholarship, and, as we have seen earlier, society as a whole. Patients and their families would suffer.

Practice would become increasingly technique oriented with emphasis on the obvious and palpable such as adapted devices, techniques, and short term, stop gap solutions. It would also be vulnerable to being swept away by the latest fads. Efficiency in relation to the greatest number of patients served in the shortest amount of time would replace quality as a standard of practice. Since occupational therapists would perform the obvious and technical tasks that focus on pathology, our influence would be minimal. We would be perceived, correctly I'm afraid, as paramedical and adjunct service providers. In the dynamic, changing academic world we might seem, ultimately, to fit with other technical educational programs in community colleges, hospitals, and vocational schools. As clinicians we would lose autonomy of practice, be valued less and paid less for work that seemingly anyone could do.

If occupational therapy failed to mature and thrive as an academic discipline, the source of intellectual nurturance for practice would also die. New ideas, models, conceptual frameworks, theories, instruments, and primarily our contributions to the universe of knowledge would be choked off. Thus, the influence of our positive difference and unique way of naming and framing our problems/puzzles would fade from the academic scene. With its loss would go our contribution to academic discourse. Without participation in academic discourse, a major source of creativity, interdisciplinary thinking and mingling of ideas, would be lost to our discipline. Thus, we would be unable to influence the wrongheadedness that persists in academia and the health sciences, a wrongheadedness that, in academia, selects whole areas of study such as volition, action and living systems as too complex for scientific investigation, and, in the health sciences, perceives adaptation and coping as irrelevant to pathology. Can you envision the twenty-first century for patients if scientific knowledge and understanding were restricted to what is known now?

Implications

Occupational therapy needs to develop a greater appreciation for and commitment to the significance of research and knowledge development as the enduring foundation for the maturation of occupation science as an academic discipline. Our profession also needs to develop a new ap-

preciation and understanding of the rules of academia, or as Piaget might put it, "academic schemata."

An academic program is not just a source of technically proficient human resources for a profession. As a clinician, I certainly don't appreciate the idea that it might be viewed that way. I thought that the primary responsibility of schools was to turn out students who could practice with highly developed technical skills and precise technical knowledge and that otherwise the schools were not doing their jobs. An academic program needs to prepare students to name and frame problems and to seek new ideas in casting light on those problems. In addition, the academic program needs to contribute to the body of knowledge; such contributions not only energize practice but also excite and stimulate academic discourse. In the process, each academic program clearly identifies its particular star which shines in the universe of knowledge as part of an academic galaxy. So the first thing we need to do is to ensure that individuals within occupational therapy change the way they view academic programs. We could begin by calling programs *academic* rather than *professional*. This is the internal or within system work that we need to do.

A second implication is external, having to do with our research and its contribution. As researchers we need to capitalize on the potential of a basic science of occupation, including the development of a unique body of knowledge and set of tools and research approaches. We can do this by entering into academic discourse with other disciplines, inviting them to collaborate with us in our research and to participate in the development of our curricula. Conversely, we can share our research with them and contribute our perspectives to their faculties and students. We need to become much more visible in the academic world and so vital to it that a university without a department of occupation science would be as unthinkable as a university without a psychology or biology department.

And one last caveat. The road to maturation as an academic discipline is not without potholes, booby traps, and blind alleys. But, for the sake of future patients and the life opportunities that society will provide for them, that road must be found and traversed by us and laid out by our vision. In traveling it we must be aware of the danger of choosing shortcuts which look enticing but actually mean that we lose our way and arrive at another destination rather than the desired home of occupation. The shortcuts might save our energy or divert it into the culs de sac of physics, behaviorism, or other deterministic, fragmented models of science that could never explain occupation. For occupation science must deal with people who engage in goal directed activity in particular environments. People, not reflexes or muscular contractions, choose what they will do with their time and how they will organize their environments to accomplish their goals. And people derive meaning from their occupations.

Conclusion

The philosopher Easwaran (19**) tells the story of a sculptor in India who was famous for his statues of elephants, which were so perfect in every detail that an observer would expect the elephants to raise its trunk and trumpet. One day someone asked, "How do you manage to carve such lifelike elephants?" "It's very simple," the sculptor replied. "I just find a big rock, take a hammer and some chisels, and remove everything that is not elephant."

To create an enduring foundation for clinical practice and an academic discipline, we need to remove everything that is not occupation science from our research endeavors to reveal the uniqueness of occupation science and treasure its difference. As scientists and clinicians we might not agree on what needs to be removed. But that is all right, as long as we proceed with the goal of revealing the essence of our discipline through our work, instigated by the unique puzzles we perceive. Let us define research in its broadest perspective and commit ourselves to it, as many of us have done.

References

Austin, P. (1986). The university environment as it affects faculty today. In *Occupational therapy education: Target 2000 (Proceedings)*. Rockville, MD: American Occupational Therapy Association.

Easwaran, E. (19**). *Formulas for transformation*. Petaluma, CA: Nilgiri Press.

Gardner, H. (1985). *The mind's new science: A history of the cognitive revolution*. New York: Basic Books.

Knight, D. (1986). *The age of science: The scientific world view in the 20th century*. Boston: Blackwell.

Mayr, E. (1982). *The growth of biological thought—Diversity, evolution, inheritance*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University.

Quintenbacher, K., & Bunde, B. (1986). *Scientific inquiry: Design analysis issues in occupational therapy*. Rockville, MD: American Occupational Therapy Foundation.

Rapoport, A. (1982). Aging environment theory: A summary. In M. P. Lawton, P. G. Windley, & T. O. Byerts (Eds.), *Aging and the environment: Theoretical approaches* (pp. 132–146). New York: Springer.

Sameroff, A. J. (1982). Development and the dialectic: The need for a systems approach. In A. W. Collins (Ed.), *The Minnesota symposia on child psychology: Vol. 15. The concept of development* (pp. 83–105). Hillsdale: Erlbaum.

Schon, D. (1985). *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.

Simpson, G. (19**). *Biology and man*. New York: Harcourt Brace.

Thomas, L. (1981). The natural world. In *Common learning: A Carnegie colloquium on general education*. Washington, D.C.: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

Weiss, P. (1977). The system of nature and the nature of systems: Empirical holism and practical reductionism harmonized. In K. Schaefer, H. Hensel, & D. Brady (Eds.), *Toward a man-centered medical science*. Mount Kisco, NY: Futura.

APPENDICE G

Besoins quantitatifs de l'université

pour les trois prochaines années

LISTING OF QUANTITATIVE NEEDS

TABLEAU DES BESOINS QUANTITATIFS DE

L'UNIVERSITE D'OTTAWA

year:	87	88	89	90	91	92	93	94
parrainage	18	22	20	23	30	30	30	30
fieldwork #1 may	-	18	22	20	23	30	30	30
fieldwork #2 Part-time	-	-	17	21	20	23	30	30
fieldwork #3 8 weeks	-	-	17	21	20	23	30	30
fieldwork #4 Nov.Dec.6 weeks	-	-	17	21	20	23	30	30
fieldwork #5 Jan.Feb.6 weeks	-	-	-	17	21	20	23	30
total	18	40	93	123	134	149	173	180

SUMMARY OF FACILITIES' PARTICIPATION IN THE CLINICAL PROGRAM

QUANTITATIVE DATA,
PLACEMENTS OFFERED FROM MAY 88 TO DECEMBER 90

Size of the O.T. Service (nb.therapists)	nb.places offered	total
sole charged (6 facilities)	1-1-2-2-2-3	11
2 to 5 the. (8 facilities)	1-1-3-4-5-5-8-11	38
6 to 10 the. (2 facilities)	14-8	22
11 to 40 the. (6 facilities)	6-13-15-20-18-23	95
Outside of catchment area *(7 facilities)	1-1-2-4-4-5-9	26
**parrainage	18-22-20-23	83

*Outside: Sudbury, Kingston, Vancouver, New-Brunswick, St-Catherine's Québec, Montreal

**parrainage: Canadian National Institute for the Blind
Association de sclérose en plaques du Québec
Canadian Mental Health Association
Day Hospital (St-Vincent, Elizabeth Bruyere)
Adolescent program (Rehab)
Association des arthritiques
Causeway- Programme des traumatisés crâniens CAR La Ressource- Arthritis Society

APPENDICE H

Formulaire d'évaluation de la recherche

EVALUATION OF THE RESEARCH PROCESS
EVALUATION DU PROCESSUS DE RECHERCHE

1. Do you have any corrections or addenda to the minutes of September 7th? Avez-vous des corrections ou des ajouts à faire au procès-verbal du 7 septembre?

   oui_____ non_____

   _____
   _____
   _____

2. What have you learned while participating in this group process? Qu'avez-vous appris en participant à ce processus de groupe?

3. In your opinion, what were the most significant elements that enriched your vision of the problem and were crucial to this problem-solving process?
   Quels ont été pour vous les éléments les plus significatifs qui vous ont aidé à enrichir votre vision du problème et qui furent déterminants dans le processus de résolution de problème?

4. Comment on and give your level of satisfaction of the following:

Donnez votre niveau de satisfaction sur les éléments suivants et commentez:

1. les procédures suivies/ the procedures

2. Le climat de travail / the working climate

3.Les résultats obtenus/ the results

5. Now that we have gone through this research process, how do you feel about encouraging clinicians to participate in clinical education? (just a few words)
Mantenant que nous avons complété ce processus de recherche, comment vous sentez-vous face au fait d'avoir À encourager les cliniciens À participer À la formation clinique? (seulement quelques mots)

Je me sens.....

I feel.....

APPENDICE I

Rapport envoyé au ministère de la santé de l'Ontario

UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

Mrs Dayna Kamino
Manager of Health Human Resources
Policy Unit
Ministry of Health
8th floor Hepburn Block
Queen's Park
Toronto M7A 1R3

November 1 1990

re: Research report
Project related to clinical education

Dear Mrs.Kamino

Mrs. Kate Wagner originally received my research proposal in December 1989. In March 1990 we received funding for a project related to clinical placements. I am now writing to you to report on the results of our project the purpose of which was to collaboratively develop a new regional plan for the participation of occupational therapists involved in clinical supervision.

With financial support from the Ministry, we were able to gather 10 Occupational Therapy directors from the Ottawa-Hull region who were able to work at defining and analysing the critical issue of placements in a constructive and rigourous way. Their participation, creativity and positive attitudes towards fieldwork were invaluable and contributed to the success of the research process. I believe that we now have a stronger sense of ownership of the responsibility of clinical education as demonstrated in our logo and the visual representation of our conception of that shared responsibility (see appended booklet).

The results of the questionnaire sent to all clinicians of our region have clearly demonstrated a genuine motivation and desire on the part of the clinicians themselves to participate in the educational process eventhough they have also identified a lack of support (financial, administrative, educational) towards this task. These results also supported the elaboration of our own regional standards which provide flexibility on the part of the University as well as the facilities. People are now more informed about the crucial situation of clinical placements and I feel that as a group we are now approaching the issue with a more global problem-solving attitude. To my knowledge the Ottawa-Hull region is the only group in Canada that has clear standards related to clinical education.

There are still many things that need to be done in order to facilitate the participation of the facilities and our work certainly does not end here. Everyone in the group has committed themselves to the elaborated standards which are formulated as a three year plan. We have a specific strategy to present our plan to the rest of the occupational therapy community both at the regional and national level using conferences or publications. However, we still require more support and action from higher levels of administration and government. In fact, it is now evident that all members of our community are aware of their vital role as partners in the education of future occupational therapists. We now have to operationalise ways of providing more support to all participants, the clinicians as well as the occupational therapy administrators who are prepared to gradually give more priority to this task. One of the questions that was raised at the end of our group process is related to the ministry's support to these people. How could this task be recognized at the ministry level so that people will also feel supported from an administrative point of view? We will look at this issue in the coming year and will certainly get back to you.

I am including a booklet that summarizes the whole research process as well as the results of the questionnaire. The translation of these documents is not yet completed I shall send you a copy when I will receive it. The financial report will be sent to you in the near future by our administration.

Thank you for acknowledging the importance of looking at our fieldwork issue with a regional broad perspective. I hope we will be able to count on you for further support concerning clinical education in occupational therapy.

Yours truly,

Jacqueline Gilbert
Fieldwork Coordinator

C.C. Martine Brousseau	Centre Hospitalier Regional de l'Outaouais Hull, P.Q.)
Donna Campbell	Ottawa Civic Hospital (Ottawa)
Clément Cloutier	Centre D'Adaptation et de Readaptation La RessourSe (Hull,P.Q.)
Claire-Jehanne Dubouloz	Université d'Ottawa
Anne Gaylard	The Rehabilitation Center (Ottawa)
Freda Godby	Royal Ottawa Hospital (Ottawa)
Danielle Massicotte	Montfort Hospital (Ottawa)
Denise Ouellet	Hopital de la Pieta (Hull,P.Q.)
Catherine Sénécal	Ottawa General Hospital (Ottawa)
Judy Threinen	Ottawa-Carleton Home Care and Regional Health Unit (Ottawa)
Vera Szram	Elizabeth Bruyere Health Centre (Ottawa)
Cathy Vincent (non-voting member)	The Rehabilitation Centre (since June, in replacement of Ms.Gaylard)

TO COLLABORATIVELY DEVELOP A NEW REGIONAL PLAN OF PARTICIPATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS INVOLVED IN CLINICAL EDUCATION

RESEARCH SPONSORED BY
THE ONTARIO MINISTRY OF HEALTH

UNIVERSITY OF OTTAWA
SEPTEMBER 1990

Gagnon, Dominique. Le développement organisationnel. Dans une perspective d'excellence. Montreal, Agence d'Arc, 1986. p. 119.

Kramer and De Smit, Systems Thinking. H.E. Stenfest Kroese B.V., Leiden, Netherlands, 1977.

Lalanne, Jacques. "Créer la concertation". Actualisation. No. 9 (février 1989).

Parnes, J., Noller, B., Biondi, M., (1977). Guide to Creative Action. Revised Edition of Creative Behavior Guidebook, Charles Scribner's Sons, U.S.A.

Patton, L.B.R., Griffin, K., Patton, E., (1989). Decision-Making Group Interaction. (3rd edition). New York, Harper and Row, p. 240.

Peters, Tom. Le chaos management, manuel pour une prospérité de l'entreprise. Paris, Inter Editions, (1988). (traduction de "Thinking of Chaos, (1987). Excel/A California Ltd. Partnersh).

Rondeau, Alain. La motivation au travail: Où en sommes nous rendu? Rapport de recherche. No. 87-18, 1987, p. 33.

Yerxa, Elizabeth, J., Research: The Key to the Development of Occupational Therapy as an Academic Discipline. The American Journal of Occupational Therapy, July 1987, Vol. 41, No. 7, p. 417-419.

TO COLLABORATIVELY DEVELOP A NEW REGIONAL PLAN OF PARTICIPATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS INVOLVED IN CLINICAL EDUCATION

Jacqueline Gilbert

Fieldwork Coordinator
Occupational Therapy Program
University of Ottawa
1990

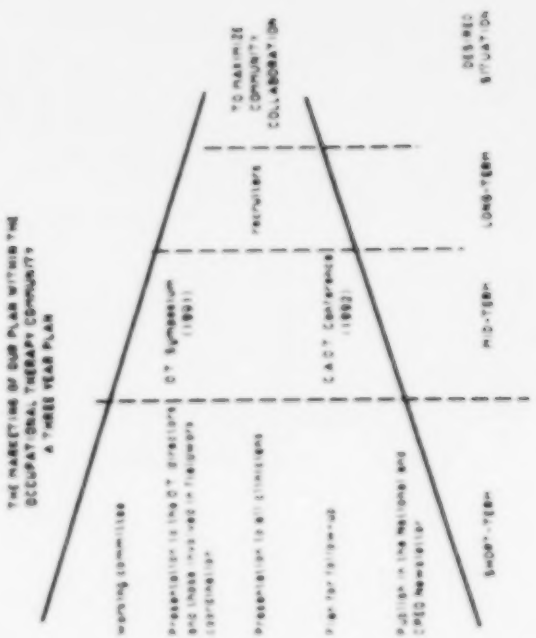


TABLE OF CONTENTS

Acknowledgements 1

Research group 2

Our objective and methodology 3

The context of the research 4

Summary of our research process 5

List of data 7

Results of our group process 9
- Visual representation of the shared responsibility
- Our own regional standards
- Creative ideas

Implementation of our own regional standards in each of the participating facility in the research 13

The marketing of our plan 15

Bibliography 16

I would like to thank the Ontario Ministry of Health for sponsoring this research and the administrators of the facilities who have supported the participation of their occupational therapy representatives.

I am grateful to the following persons without whom this research would not have been possible. Their collaboration and positive attitudes towards fieldwork education were invaluable and contributed to the success of the research process.

Jacqueline Gilbert
Main Searcher
University of Ottawa

N.B. Ce document sera disponible en version française.

1992 -

C.H.R.O.
C.H. La Pieta

1993 - (progressive implementation over the next three years)

Ottawa Civic Hospital
Ottawa General Hospital
Ottawa-Carleton Home Care (1.0 in 1992)
C.A.R. - La Ressourse

A year by year planification and adjustment after evaluation.

Royal Ottawa Hospital
The Ottawa Rehabilitation Centre.

IMPLEMENTATION OF OUR OWN REGIONAL STANDARDS IN EACH OF THE PARTICIPATING FACILITIES IN THE RESEARCH

Standard I

By June 1991, everybody in this group will have included the task of clinical supervision in the therapist's job description and will consider it in the performance appraisal.

Standard II

The University will continue to provide annually a 20% of non-traditional placements and to search for new milieux.

Standard III

Ratio 1.5 student/year per full time equivalent:

1990 -

Montfort is already asking two students/year and Elizabeth Bruyère will ask 1.5 in August 1990.

RESEARCH GROUP

Martine Brousseau	CHRO
Donna Campbell	Ottawa Civic Hospital
Clément Cloutier	C.A.R. La Ressourse
Claire-Jehanne Dubouloz	University of Ottawa
Anne Gaylard	The Rehabilitation Centre
Freda Godby	Royal Ottawa Hospital
Danielle Massicotte	Montfort Hospital
Denise Ouellet	C.H. La Pietz
Catherine Sénécal	Ottawa General Hospital
Judy Threinen	Ottawa Carleton Home Care and Regional Health Unit
Vera Szram	Elizabeth Bruyère Health Centre
Cathy Vincent (non-voting member)	The Rehabilitation Centre (since June - in replacement of Ms. Gaylard)

OUR OBJECTIVE

To collaboratively develop a new regional plan of participation of occupational therapists involved in clinical education in order to improve the quality and the efficiency of the clinical program.

METHODOLOGY

- action-research

- a system's approach

- data collection:
  . nominal group technique
  . qualitative via the minutes of the meetings and the main searcher's journal

- Nine (9) meetings from February 1990 to September 1990.

- **O.T. Administrators:**

(1) To held a workshop to help the O.T. administrators to learn how to consider supervision at a productivity level, how to deal with external pressures on productivity and to find strategies to lobby the ministry to recognize this task.

(2) To encourage planning over a year period.

(3) To include participation to clinical education in the facilities' annual report.

(4) To include in the director's job description the responsibility for student's matters.

(5) To lobby the Ministry to get some funding.

(6) To develop a support network

(7) To have the students contribute to the department's objectives by asking a project meaningful to the therapists.

3. CREATIVE IDEAS

- Recognition for the clinicians:

(1) There should be more facility's recognition.
(2) Encourage each therapist to assume as much responsibility as possible for a clinical placement: choose the time of the placement, the model of supervision, etc.
(3) Make clinical education more prestigious.
(4) Provide workshop.

- University:

(1) To encourage alternate models of supervision.

(2) To provide the student with a better preparation prior to entering the facilities.

(3) To publicize the project conducted by the students in the facilities.

THE CONTEXT OF THE RESEARCH

As a follow-up to the May 1989 symposium, our group was to operationalize statement #1, strategies #5 and #7 of the National Philosophy of Fieldwork Education which read as follows:

1. We believe that fieldwork is a shared responsibility requiring commitment from all involved with occupational therapy education and practice.

2. We intend to maximize the utilization of fieldwork sites in order to meet the students placements needs.

3. We intend to market the philosophy and benefits of fieldwork so that a variety of progressively challenging and interactive learning experience are available for students.

SUMMARY OF OUR RESEARCH PROCESS

1. Values and objectives of this research

2. Data collection #1:
   our motivation to be part of this research

3. Data collection #2:
   List of barriers to increase therapists' participation to clinical education

4. Creative statements of our challenges (Parnes' Theory on Creativity).

5. Clarification of the University of Ottawa, Occupational Therapy Program language policy.
   Vote to choose three (3) challenges.
   Analysis of the questionnaire to be send to clinicians.

OUR GROUP PROCESS

2. OUR OWN REGIONAL STANDARDS A THREE YEAR PLAN

1. Clinical supervision should be included in the job description and be part of performance appraisal

2. The University will ensure 20% of non traditional placements a year in settings where there is no occupational therapist.

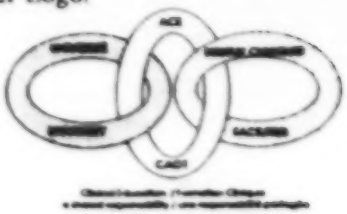
3. We will recommend 1.5 student/year per full time equivalent.

These standards will insure flexibility as the University will have a surplus of placements. The participating facilities will also benefit as their therapists will not be over burdened with students. Though under normal circumstances everyone will be expected to participate these extra placements allow the O.T.administrators to determine whether or not a staff member can be liberated from this responsibility if for any reason that staff member does not meet the norm. The flexibility of clinical placements should be seen with a regional vision.

RESULTS OF

1. A VISUAL REPRESENTATION OF THE SHARED RESPONSIBILITY

A. Our Logo:



B. Our Chain:

A chain is only as good as its weakest link

6. Visual representation of the shared responsibility.
   Theory on motivation and how to make people feel responsible.

7. Vote on our visual representation
   Brainstorming on our own regional standards.

8. Results of the questionnaire
   Our regional standards.

9. The implementation of our plan in each of our facilities.

10. The marketing of our plan to the O.T. community.

LIST OF DATA

I - Administrative Data:

- Chart of the University's quantitative needs of placements (1990 to 1994)
- Chart of the facilities' participation in the clinical program from May 1988 to December 1990
- Values of the Occupational Therapy Program
- Fieldwork content (from CAOT accreditation standards, 1986)
- National Philosophy of Fieldwork
- List of activities achieved to acknowledge clinicians' participation and support them in regards to clinical education (September 1987 to April 1990)
- The bilingual component of the O.T. program (University of Ottawa).

II Data Generated During our Group Process

- List of motives to be part of this research
- List of barriers to increase clinicians' participation to clinical education
- Creative statements to increase clinicians' participation to clinical education
- Group of 12 visual representations of what is the shared responsibility
- Results of the questionnaire
- Minutes of each meeting

APPENDICE J

Procès-verbal de la rencontre du 22 février

NOTE DE SERVICE

A; Tous les participants à la recherche sur la formation clinique

DE: Jacqueline Gilbert

Date: 25 février 1990

Sujet: Suite de la réunion du 22-2-90

Vous trouverez ci-joint:

1. Votre contrat

2. L'horaire tel que modifié

1. Le compte-rendu de la réunion du 22 février de même que des informations additionnelles sur l'interprétation des résultats de la cueillette de données.

Je vous invite à me contacter en tout temps si vous désirez d'autres informations ou si vous désirez simplement échanger sur nos activités. En faisant l'analyse de données quelques réflexions me vinrent à l'esprit. Je les ai inscrites à la fin de l'analyse afin d'alimenter votre réflexion.

La prochaine réunion sera consacrée à définir le problème tel que vous le vivez en tant qu'administrateurs ayant à solliciter votre personnel.

Je vous remercie de votre participation et vous attend le 16 mars dans le local **2035.**

Présences à la réunion du 22 février

Martine Brousseau
Clément Cloutier
Anne Gaylard
Freda Godby
Catherine Senécal
Donna Campbell
Claire-Jehanne DuBouloz
Jacqueline Gilbert
Denise Ouellet
Judy Threinen

MEMORANDUM

To: All participants to the research group on clinical education

From: Jacqueline Gilbert

Date: February 25,1990

Subject: Follow-up to the February 22 meeting

Please find enclosed the following information:

1. The original of your contract

2. The modified timetable

3. The minutes of the meeting and some additional information on the interpretation of our first data collection.

Please feel free to contact me at any time if you wish to get additional information or just talk about our research group activities. In doing the data analysis, some questions came to my mind. I have written them at the end of the analysis so you can think about it.

Our next meeting will be to "define the problem" from your point of view, the one of administrators having to encourage clinicians to participate in clinical education.

I thank you for your participation and look forward to seeing you on march 16, 1990 . Please note that meeting will be in room 2035.

Presence:

Martine Brousseau
Clément Cloutier
Anne Gaylard
Freda Godby
Catherine Senécal
Donna Campbell
Claire-Jehanne DuBouloz
Jacqueline Gilbert
Denise Ouellet
Judy Threinen

CUEILLETTE DE DONNEES #1/DATA COLLECTION #1

Réunion du 22 février 1990

Question: Quelles sont vos motivations ou raisons à participer à ce projet?

What are your motives our reasons to participate to this research group?

1. We are an accredited facility and a teaching hospital
2. To make placement pleasant and as easy as possible
3. Pour explorer une activité nouvelle
4. Par désir d'appartenance au groupe
5. Pour assumer notre responsabilité professionnelle au niveau de la formation clinique
6. To share our professional and clinical experience
7. Pour obtenir mon diplôme
9. To reduce the excuses for not taking students
10. To keep therapists up to date
11. Due to an overall broad professional interest in fieldwork
12. To do research again
13. Pour mettre à profit les idées de tout le monde
14. Pour assurer la continuité de la profession
15. To cooperate and exchange ideas from the university point of view and the facilities point of view
16. To define the role of the supervisor
17. To involve our setting in research
18. To support the O.T. Program
19. To look at regional standards, similar requirements

20. To develop strategies to give fieldwork priority

21. To identify the impact of fieldwork education on students (to get the university point of view)

22. To learn to know the key people to start working more closely

23. To publish

24. For the image of the O.T.department in the hospital

25. Present recrutment source

26. To know the research methodology

27. To be avantgarde

28. To be able to market the advantages and find strategies,find new ways and new incentives

---

Ces idées ont été rassemblées sous 13 thèmes / These ideas were grouped into 13 themes

A.RESPONSABILITES INSTITUTIONNELLES

item 1-24:
We are an accredited facility and a teaching hospital. For the image of the O.T.department in the hospital

B.ACTIVITE NOUVELLE:#3

C.GROUPE: #4

D.PROFESSIONAL RESPONSIBILITY
items #5-11-14-18

Pour assurer notre responsabilité professionnelle au niveau clinique.
Due to an overall broad professional interest in fieldwork
Pour assurer la continuité de la profession
To support the O.T.program

E.SHARING:#6

F.DIPLOME: #7

G. KEEP UP TO DATE: #10

H. EXCHANGE AND COLLABORATE
items #15-21-22

To cooperate and exchange ideas from the university point of view and the facilities point of view.
To identify the impact of fieldwork education on students (to get the university point of view)
To learn to know the key people to start working more closely

I. TO DEFINE ROLE
item #14

J. DOING RESEARCH
items#17-23-26
To involved our setting in research
To publish
To know the research methodo.ogy

K. REGIONAL STANDARDS
items# 19-20

To look at regional standards, similar requirements
To develop strategies to give fieldwork priority

L. TO BE AVANTGARDE item# 27

M. STRATEGIES FOR MARKETING
items # 2-9-25-28

To make placement pleasant and as easy as possible
To reduce the excuses for not taking students
Present recrutment source
To be able to market the advantages and find strategies,find new ways and new incentives

COLLECTE DE DONNEES #1
DATA COLLECTION #1

RANK ORDERED VOTING/ VOTE ORDONNE
ON MOTIVATION/ SUR LA MOTIVATION

item	niveau d'importance	nombre de votes
A.institutional responsability	1-1-1-5-2	5
B.nouvelle activité		0
C.Groupe	1	1
D.Professional responsability	4-5-4-1-5-5-4-1	8
E.Sharing	2-5	2
F.diplome	1-1	2
G.keep up to date	3-4-	2
H.exchange and collaborate	5-4-2-2-2-3-2-2	8
I.Define role	3-1	2
J.Doing research	5-1-4-5-	4
K.Regional standards	3-4-4-1-1-2-	6
L.To be avantgarde	2	1
M.Strategies for marketing	4-5-5-2-3-3-3-3	8

DATA ANALYSIS/ ANALYSE DES DONNEES

The 5 most important motivations for people to participate in this research are:

A.Institutional responsibility	5 votes	(1-3-1-5-2-)
D.Professional responsibility	8 votes	(4-5-4-1-5-5-4-3-)
H.Exchange and collaborate	8 votes	(5-4-2-2-2-3-2-2-)
K.Regional standards	6 votes	(3-4-4-1-1-2-)
M.Strategies for marketing	8 votes	(4-5-5-2-3-3-3-3-)

These results seem to indicate that items D-H-M are as important because they got the same amount of votes. However, looking at the rank-ordering provide greater information on the intensity or level of importance people attach to these items. Item D seems to be mostly important to the majority. People judged this item the most important 3 times (cote #5), the second most important 3 times (cote #4)etc. Then come in order of importance item M which got 2 number 5, 1 number 4 and 4 number 3 etc.
By level of importance the ranking will be: D-M-H-K-A
Looking at these results, I would be incline to say that among our group, there is a high sense of responsibility towards fieldwork and a strong desire to find out strategies in a collaborating way to market fieldwork in our community of people.

Food for thought:

Considering the responsibility every one of this group feel in regards to fieldwork how can we explain we get so few places offered each year? Is it that this sense of responsibility is not shared by the clinicians themselves? Is it because people are not really informed of the real nature and intensity of our fieldwork crisis? Is it that we as administrators believe in fieldwork but don't know how to sell it to the clinicians?

Do you have some other interpretation that can help us identify our problem? Think about it, will discuss your opinion at the next meeting.

DATA ANALYSIS/ ANALYSE DES DONNEES

Les 5 motivations les plus importantes des participants à cette recherche sont:

A.Institutional responsibility	5 votes	(1-1-1-5-2-)
D.Professional responsibility	8 votes	(4-5-4-1-5-5-4-1-)
H.Exchange and collaborate	8 votes	(5-4-2-2-2-1-2-2-)
K.Regional standards	6 votes	(3-4-4-1-1-2-)
M.Strategies for marketing	8 votes	(4-5-5-2-1-1-1-1-)

On pourrait être porté à penser que les éléments D-H et M sont les plus importants car ils ont obtenu le même nombre de votes (8). Cependant, si on considère le vote ordonné par niveau d'importance, on remarque que l'élément D semble être plus important que les autres car il a obtenu 1 votes de niveau 5, 1 votes de niveau 4 etc. Considérant l'analyse de cette façon, nous constatons que l'ordre de priorité et d'importance est:

D-M-H-K-A-

En analysant ces résultats, je serais portée à dire que dans notre groupe il y a un sens aigu de responsabilité face à la formation clinique et un grand désir de trouver des stratégies de façon collaborative afin de faire la promotion de la formation clinique au sein de notre communauté d'ergothérapeutes.

REFLEXIONS POUR ALIMENTER NOS DISCUSSIONS

Comment expliquer que si peu de places de stage nous soient offertes à chaque année si les participants de ce groupe sentent si fortement leur responsabilité face à la formation clinique? Est-ce que les cliniciens eux-mêmes ne se sentent pas responsables?
Est-ce qu'il y a un manque d'information face à l'importance de la crise que nous devons affronter face à la formation clinique?
Est-ce que nous, en tant qu'administrateurs , nous croyons à cette responsabilité partagée mais ne savons pas comment encourager les cliniciens à cette tâche?

Si vous avez d'autres interprétations à ces quelques données, n'hésitez pas à en discuter lors de notre prochaine réunion. Nous avons besoin de vos réflexions pour résoudre le problème.

EVALUATION DE LA RENCONTRE

Donnez deux qualificatifs exprimant votre impression de la rencontre./ Give two words that could express your feelings of the meeting.

well-organized
effective
hopeful
good challenge
thought provoquing
interesting
pleasant
stimulating
agréable
mind stretching
running
promissing
beaucoup de travail
exciting
enjoyable
productive
cooperative

HORAIRE MODIFIE/ MODIFIED TIMETABLE

13.00 p.m. to 16.00 p.m.

DATES	ROOM # (Guindon Pavillon)
February 22, 1990	2053
March 16, 1990	2035
April 6, 1990	2035
April 27, 1990	2053
May 18, 1990	2053
June 8, 1990	2053
June 22,1990	**2053**
July 6,1990	**2053**

APPENDICE K

Procès-verbal du 16 mars

MEMO

A: Tous les participant(e)s au groupe de recherche sur la formation clinique
DE: Jacqueline Gilbert
Date: 31 mars 1990
Objet: compte-rendu de la réunion du 16 mars 1990

Bonjour, voici un peu tardivement le procès-verbal de la réunion du 16 mars 1990. Ceux qui étaient présent(e)s à cette réunion se rappelleront que le temps nous a manqué pour compléter la première étape du processus de diagnostic. Nous avions pensé demander aux participants de voter par la poste et de me retourner leurs votes. Cependant, après discussion avec les quelques membres qui ont prolongé leur présence à la réunion, nous sommes arrivées à la conclusion qu'il serait préférable de poursuivre la démarche en groupe. Nous allons donc poursuivre notre réflexion le 6 avril. Si vous avez le temps de jeter un oeil sur les problèmes tel que formulés par les chefs de service cela pourra vous permettre de prendre une certaine distance. Peut-être découvrirez-vous de nouveaux éléments pour que nous puissions définir le problème dans une perspective systémique en enrichissant notre vision personnelle de la dimension professionnelle et régionale

UNE BONNE NOUVELLE:

Le ministère de la santé de l'Ontario a reconnu l'importance de notre démarche régionale et la crédibilité de cette recherche en acceptant de la subventionner. Je vous invite donc à conserver vos reçus de stationnement. Je les additionnerai aux honoraires de $270.00 que chaque participant recevra pour avoir contribué à l'élaboration de notre planification stratégique régionale.

Un rappel:

Prochaine réunion le vendredi 6 avril 1990, 13 hres à 16 hres. Je vous attend. On a beaucoup à faire. Si vous ne pouvez venir, prière de m'en aviser.

Dear colleague,

Enclosed please find the minutes of the March 16 meeting. I apologize for the delay. Those of us which were at this meeting will remember that we ran out of time to complete the diagnosis process. We initially thought to ask participants to vote on the items and then return their votes to me. However, after talking with the members who stayed a little longer, we decided the issue needed further discussion and that we would benefit to complete this task as a group. Therefore, we will pursue the diagnosis phase on april 6.

If you ever have time before the meeting, could you please look at the minutes of the march 16 meeting where we tried to define the problem as seen by O.T. Directors. This could unable you to take a distance from your initial point of view. You may find out new elements to help us define the situation from a systemic perspective including your personal vision, a professional and a regional vision as well.

A good news:
The Ontario Ministry of Health has recognized the importance of the issue of clinical education as well as the quality of this research design by accepting to sponsor it. I would invite you to forward me your parking tickets, I will include them to the personal honoraria of $270.00 each participant will get to contribute as an expert to the elaboration of a strategic regional plan of participation of clinicians to the fieldwork education

A reminder:
The next meeting will be on april 6. We have a lot of work to do. I expect everyone at 13:00 so we can enjoying our weekend at 16:00

Procès verbal de la réunion du 16 mars 1990

Etaient présents:

Clément Cloutier	Donna Campbell
Anne Gaylard	Claire-Jehanne DuBouloz
Freda Godby	Danielle Massicotte
Catherine Sénécal	Jacqueline Gilbert

Absences:

Martine Brousseau	Denise Ouellet
Vera Szram	Judy Threinen

Retrait du projet de recherche:
Gloria Roseman

1.Exercice #1:
As an O.T.administrator, one of my role is to encourage clinicians to take occupational therapy students. Having to do this,
I feel.....and.....
Je me sens..... et.....

I tend to.....and.....
J'ai tendance à ..... et .....

I present fieldwork as..... and....
Je présente la formation clinique comme ..... et .....

I feel:

obligated	craintive
concerned about student difficulties	
responsible	hopeful
enthousiaste	relieve to delegate
somewhat stressed	frustrated
inadequate to predict staffing	confident,
ready to solve	engagé
prepare la demande	mieux encadré et mieux supporté

I tend to think :

it is a plus for milieu, clinician, student
to put it off and then bring it back to next meeting
to present positive points, to encourage +
think +
to organize and plan
to organize student placement and crisis
faire la demande rapidement pour que chacun planifie son engagement
prioriser et présenter le tout aux ergos
optimiste et stimuler les ergo

I present it as:

important obligation, good learning opportunity
duty, necessity (fact of life -)
obligation and opportunity
obligation as a teaching hospital, opportunity
stimulating and exciting
excitant, un défi (challenge)
planification annuelle de travail à faire
comme étant une priorité, j'encourage les cliniciens à superviser, à planifier la supervision (je supporte un réaménagement d'horaire)

2. Collecte de données #2 : échelle d'attitude face à la formation clinique. Réponse individuelle.

3. Exercice #3:
As an O.T. administrator, what barriers do you anticipate in having to increase <u>your department participation</u> in clinical education?

En tant qu'administrateur en ergothérapie, quels sont les obstacles que vous anticipez face à une demande de participation accrue de <u>votre département</u> à la formation clinique?

Collecte de données
16 mars 1990
DIAGNOSTIC

1.I must maintain my productivity level
2.I am already demanding the maximum placements therapists can handle(2 students a year)
3.I have new graduates (<2years)
4.I have part time therapists
5.I am concernced that student unable to graduate due to lack of placement in 4 years
6.I am asking staff to do "yet another job ,what is the return, acknowledge
7.I see an important discrepancy of placements offered from different facilities (no standard and I am afraid to burden therapists
8.I have to work out continuity of therapist/student supervisor (O.T. on holiday)
9.I have to coordinate appropriate time of placement between University and hospital
10.I have to deal with staff re negative reaction (I am already demanding 2)
11.I have an organizational problem Matrix vs service
12.I have concerns with space
13.I am concerned with imposing and introduing
14.I am face with the issue of resistance to change (rigidity)
15.I am concerned about not being always available to the clinicians due to too much time used at looking for placements
16.I have difficulty with part-time placement, the quality of placement, 2 days a week in acute care phys. med
17.I am dealing with therapist request to have mature student in specialized program
18.I am concerned with continuity of care that a student will be exposed to
19.I am concerned with the expansion of o.t. program due to lack of clinical opportunities
20.I sense many people see this issue as We and Them (owning the responsibility vs shared resp.
21.I have problem with the perception of the mandate (university, program,CAOT, who is responsile for placement?)
22.I am frustrated with dealing with 1 year in advance requests for next placements
23.I am frustrated with therapist's concerns re evaluation of students, perception of the job.
24.I hate having to beg
25.I need to determine what the limits of non-traditionnel

placement are
26. competition amongst universities, catchmen area
27. language issue

REGROUPEMENT DES ELEMENTS EN 9 CATEGORIES

A. PRODUCTIVITY

item 1
I must maintain my productivity level

B. STANDARDS, PERCEPTION AND KNOWLEDGE

items 2-3-7-25

2. I am already demanding the maximum placements therapists can handle (2 students a year)
3. I have new graduates (<2 years)
7. I see an important discrepancy of placements offered from different facilities (no standards and I am afraid to burden the therapists)
25. I need to determine what the limits of non-traditonal placement are

C. MATCHING UNIVERSITY AND FACILITIES (ORGANIZATIONAL CULTURE)

4-8-9-11-12-22

4. I have part time therapists
8. I have to work out continuity of therapist/student supervisor (holiday)
9. I have to coordinate appropriate time of placement between university and hospital
11. I have an organizational problem (matrix vs service)
12. I have concerns with space
22. I am frustrated with dealing with 1 year in advance requests for next placement

D. SURVIVAL OF THE PROGRAM AND THE PROFESSION

items 5-19

5. I am concerned that student will be unable to graduate due to lack of placement in 4 years
19. I am concerned with the expansion of the o.t. program due to lack of clinical opportunities

E. COMPETING PRIORITIES
items 6-10-13-24

6. I am asking staff to do "yet another job" what is the return? acknowledgement?
10. I have to deal with staff re negative reaction (I am already demanding 2)
13. I am concerned with imposing and intruding
24. I hate having to beg

F.UNIVERSITY SUPPORT TO FACILITIES
item 15
15. I am concerned about not being always available to the clinicians due to too much time used fo looking for placements

G.STUDENT/SUPERVISOR PROGRAM MATCHING
items 16-17-18-27

16. I have difficulty with part-time placement, the quality of placement, 2 days a week in an acute care phys. med.

17. I am dealing with therapist request to have mature student in specialized program

18. I am concerned with continuity of care student will be expose to
27. Language issue

H.OWNERSHIP OF THE RESPONSIBILITY
items 14-20-21

14.I am face with the issue of resistance to change
20.I sense many people see this issue as We and Them (owning the responsibility vs sharing the res.)
21. I have problem with the perception of mandates (university, program, CAOT , who is respponsible for placement?)

I. perception of the role of the clinical supervisor

items 23
I am frustrated with therapist's concerns re evaluation of students, perception of the job

APPENDICE L

Procès-verbal de la rencontre du 6 avril

NOTE DE SERVICE

A: Tous les participants à la recherche-action sur la formation
DE: Jacqueline Gilbert
Date: 16 avril 1990
RE: suivi de la rencontre du 6 avril 1990

Vous trouverez ci-joint le procès-verbal de la rencontre du 6 avril 1990. Je vous invite à le lire avant notre prochaine réunion et à identifier en quoi votre perception de la formation clinique a changé depuis le début de ce processus de groupe.

Dans une approche systémique, il s'avère important de recueillir le feed-back des cliniciens. Nous devions trouver un moyen rapide et efficace d'y parvenir. Je vous ai proposé d'utiliser un questionnaire afin de compléter l'étape de diagnostic. Tel que convenu, je vous l'enverrai avant de le distribuer aux cliniciens. Il est important de comprendre que ce questionnaire ne fait pas partie de la recherche. Il sera élaboré conjointement avec une firme professionnelle. Je devrais le recevoir lundi le 23 avril. Il est possible que vous ne l'ayiez pas reçu avant notre prochaine rencontre.

Notre prochaine réunion se tiendra le 27 avril 1990, local 2053.

Je vous remercie de votre collaboration.

PERCEPTION: ORGANIZING AND INTERPRETING THE WORLD AROUND US

SOURCE: © 1960 United Features Syndicate, Inc.

MEMORANDUM

TO: ALL PARTICIPANTS TO THE ACTION-RESEARCH ON CLINICAL EDUCATION
FROM: JACQUELINE GILBERT
DATE: APRIL 16,1990
SUBJECT: FOLLOW-UP TO APRIL 6TH MEETING

Enclosed please find the minutes of April 6th meeting. I would invite you to read them before the next session and to try to see how your perception of clinical education has changed since the beginning of this process. Looking at these minutes in comparaison with the results of the other two sessions can help you identify the changes if any.

As requested by the group, the questionnaire which is meant to get the feed-back from the clinicians themselves will be forward to you as soon as I get it back from the professional agency. I should get it by monday the 23rd.

Next meeting will be on April 27th 1990, room 2053.

PERCEPTION: ORGANIZING AND INTERPRETING THE WORLD AROUND US

SOURCE: © 1960 United Features Syndicate, Inc.

April 6 th, 1990

Activity #1:

At the March 16 th session we ended up with an exhaustive list of facts that we considered to be potential obstacles to the participation of clinicians to clinical education. These facts were based on our past experiences and sometimes on incomplete information.

The April 6th session was to find the real problem we are facing. In order to help the group in this process two different types of data were given so that the problem would be defined based on adequate information:

1.the CAOT standards for fieldwork education
2.A list of activities performed since the opening of the program to support the clinicians in their task of supervisor.

The group was then asked to write all creative-type of questions suggested by the list of statements made on march 16th, to ask themselves " Why do they want to do this..." in order to find the real problem underlying the statement and to keep the best promising statement for creative attack. All statements were written using a question using : "In what ways might we.... "
A vote was carried at the end of the session to select the challenges we will attack.

This process of problem-finding followed Parnes approach to creativity and to problem-solving.

1. LIST OF CREATIVE STATEMENTS

A.PRODUCTIVITY

Comment reconnaitre l'**ensemble des activités cliniques et non-cliniques** des thérapeutes et des étudiants?

(on propose ici une définition élargie de la notion de productivité)

B.STANDARDS-PERCEPTION- KNOWLEDGE

In what ways can we define **OUR OWN REGIONAL STANDARDS?**

The first proposition was: why aren't all facilities participating to their full potential in providing student fieldwork placement?

C.MATCHING UNIVERSITY AND FACILITIES (ORGANIZATIONAL CLUTURE)

In what ways can we decrease the **RIGIDITY OF BOTH SIDES** (university and facilities) to meet the needs of **BOTH**?

D.SURVIVAL OF PROGRAM AND PROFESSION.

In what ways can we relate clinical education **to the developpment and growth of the profession and the program?**

E. COMPETING PRIORITIES

How can placements be structured so that all parties see a **short-term real benefit** i.e. the student is viewed as a contributor not a burden?

F. UNIVERSITY SUPPORT TO FACILITIES?

How can the university **engage "other means"or a committee in matching** student/placement thus allowing the university to provide more support to facilities?

G.STUDENT/SUPERVISOR MATCHING

Comment peut-on **adapter le programme de stage**, quels sont les outils (moyens) pour offrir une continuité, une progression de la formation clinique de l'étudiant selon son niveau? Quels

sont les moyens pris pour **nous assurer que les étudiants soient bilingues** (connaissance fonctionnelle du français et de l'anglais)?

How can we adapt our clinical programs to suit all level of students? How can we insure student have a working knowledge of french and english?

H. OWNERSHIP OF THE RESPONSIBILITY

In what ways might we clarify and define the **responsibility of clinical fieldwork** in order that people can and will assume **appropriate ownership?**

I. PERCEPTION OF THE ROLE OF THE CLINICAL EDUCATOR

In what ways might we **clarify the role** of the cinical supervisor?

VOTES ORDONNES

A. PRODUCTIVITY
Comment reconnaître l'ensemble des activités cliniques et non-cliniques des thérapeutes et des étudiants?
1-2-2-3-3- 5

B. STANDARDS-PERCEPTION- KNOWLEDGE
In what ways can we define our own regional standards?
5-4-4-4-4-3-3-3-3-2-2-1- **12**

C. MATCHNIG UNIVERSITY AND FACILITIES (ORGANIZATIONAL CULTURE)
In what ways can we decrease the rigidity of both sides in order to meet the need of both?
5-4-4-4-3-2- **6**

D. SURVIVAL OF PROGRAM AND THE PROFESSION
In what ways can we relate clinical education to the development and growth of the profession and the program?
3-3-2- 3

E. COMPETING PRIORITIES
How can placements be structured so that all parties see a short-term real benefit i.e. the student is viewed as a contributor not a burden?
5-4-2-2-1-1-1- **7**

F. UNIVERSITY SUPPORT TO FACILITIES
How can the university engage other means or a committee in matching student/placement thus allowing the university to provide more support to facilities?
4 1

G. STUDENT/SUPERVISOR MATCHING
Comment peut-on adapter le programme de stage selon le niveau de l'étudiant?
Quels sont les moyens pris pour que les étudiants soient bilingues?
4-4-3-3-2-2-1-1-1- **9**

H. OWNERSHIP OF THE RESPONSIBILITY
In what ways might we clarify the responsibility of clinical fieldwork in order that people can and will assume appropriate ownership?
5-5-5-5-5-5-5-5-4-1- **10**

I. PERCEPTION OF THE ROLE OF THE CLINICAL SUPERVISOR
In what ways can we clarify and define the role of the clinical supervisor
5-3-2-2-1-1- **6**

collecte de données du
6 avril 1990

RANK ORDERED VOTE/VOTE ORDONNE

B.STANDARDS-PERCEPTION- KNOWLEDGE
In what ways can we define our own regional standards?

5-4-4-4-4-3-3-3-3-2-2-1- 12

C.MATCHING UNIVERSITY AND FACILITIES (ORGANIZATIONAL CULTURE)
In what ways can we decrease the rigidity of both sides in order to meet the need of both?

5-4-4-4-3-2- 6

E.COMPETING PRIORITIES
How can placements be structured so that all parties see a short-term real benefit i.e. the student is viewed as a contributor not a burden?

5-4-2-2-1-1-1- 7

G.STUDENT/SUPERVISOR MATCHING
Comment peut-on adapter le programme de stage selon le niveau de l'étudiant?
Quels sont les moyens pris pour que les étudiants soient bilingues?

4-4-3-3-2-2-1-1-1- 9

H.OWNERSHIP OF THE RESPONSIBILITY
In what ways might we clarify the responsibility of clinical fieldwork in order that people can and will assume appropriate ownership?

5-5-5-5-5-5-5-5-4-1- 10

I.PERCEPTION OF THE ROLE OF THE CLINICAL SUPERVISOR
In what ways can we clarify and define the role of the clinical supervisor

5-3-2-2-1-1- 6

DATA ANALYSIS

1.Considering the number of votes and the importance of the rating, the most important challenges we now have to face are:
B. H. G. E , C and I (the last two seem to be of same importance.)

B,H and G are clearly identified as priorities and will be treated as such in further sessions. According to the ranks given by participants to statement C (5-4-4-4-3-2-) , we can say this statement is judged as being more important than item I (5-3-2-2-1-1) even though they both got 6 votes.
Unless the group wants to discuss the last two items, we will keep this scoring as official and we will start the process of searching for creative solutions.

evaluation
6 avril 1990

Question: Could you please give me your feed-back on today's session. What do you think of the group?

pleasantly presented, it is good to see we come up with something
it is encouraging
I added something new to my personal perception
I feel the focus of the problem is broaden
the time fitted better in the afternoon compared to last meeting
I feel we have done something
I am also learning how to do it
la pièce est préférable
la facilitation du leader est bonne
I feel we are developing relationship
It is good to work in group
I am learning how to approach a situation differently
I can now appreciate the value of coming each time because I mist the last session
I don't find it stressed
The steps are there and it is nice to have guidelines
the objectives are clear
J'aimerais avoir plus de français, I would like to be on the same level in terms of language
I feel respected

ANALYSE DES DONNEES

Si l'on considère le nombre de votes et l'importance (niveau 1 à 5), il semble que les défis auxquels nous devons nous attaquer sont:
B-H-G-E-C et I. (les items C et I ont obtenu le même nombre de votes et semblent être vus comme d'égale importance.
B-H-G sont clairement identifiés comme étant prioritaires et seront retenus dans notre démarche. Si on analyse les résultats pour C (5-4-4-4-3-2-) et I (5-3-2-2-1-1-) on constate que, bien qu'ayant recueilli le même nombre de votes (6), le niveau d'importance accordé nous permet de faire une élimination. Ainsi, on peut dire que C est jugé plus prioritaire que I car il a obtenu au moins 4 cotes de niveau 5 ou 4 contrairement à I.
A moins que le groupe ne désire contester ce vote, nous considérerons que les éléments B-H-G-E et C seront à la base du processus de quête de solutions créatives que nous allons entamer.

evaluation
6 avril 1990

Question: Could you please give me your feed-back on today's session. What do you think of the group?

pleasantly presented, it is good to see we come up with something
it is encouraging
I added something new to my personal perception
I feel the focus of the problem is broaden
the time fitted better in the afternoon compared to last meeting
I feel we have done something
I am also learning how to do it
la pièce est préférable
la facilitation du leader est bonne
I feel we are developing relationship
It is good to work in group
I am learning how to approach a situation differently
I can now appreciate the value of coming each time because I mist the last session
I don't find it stressed
The steps are there and it is nice to have guidelines
the objectives are clear
J'aimerais avoir plus de français, I would like to be on the same level in terms of language
I feel respected

APPENDICE M

Procès-verbal du 27 avril

NOTE DE SERVICE

A: TOUS LES PARTICIPANTS DE LA RECHERCHE-ACTION SUR LA FORMATION CLINIQUE
DE: JACQUELINE GILBERT
DATE; 4 MAI 1990
SUJET; PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU 27 AVRIL 1990

Présences:

Martine Brousseau	Donna Campbell
Claire-Jehanne DuBouloz	Anne Gaylard
Jacqueline Gilbert	Freda Godby
Danielle Massicotte	Denise Ouellet
Vera Szram	Catherine Sénécal
Judy Threinen	absence: Clément Cloutier

Vous trouverez ci-joint le procès-verbal de la réunion tenue le 27 avril 1990. Comme aucun vote formel ne fut fait lors de cette réunion, l'acceptation de ce procès-verbal tiendra lieu de validité interne de la rencontre. Si vous avez l'impression que certaines données ne sont pas rapportées ou que ce document ne reflète pas exactement ce qui s'est déroulé lors de la rencontre, je vous invite à m'en faire part lors de notre prochaine réunion.

Lors de notre prochaine rencontre nous commencerons la quête de solutions créatives. Nous utiliserons la définition de la créativité de W.W.Culp:

> "Creativity is the struggle for improvement.. the rearrangement of variables which the human can change in search for improvement."

Avez-vous déjà pensé à comment Isaac Newton a découvert la loi de la gravité universelle? Il a simplement changé sa perspective... plutôt que de voir la pomme tomber de l'arbre, il s'est imaginé qu'elle était attirée vers la terre... Alors...

> Comment pouvons-nous vendre la formation clinique aux cliniciens pour qu'ils s'en sentent responsables?
>
> Comment définir nos propres standards régionaux?
>
> Comme être plus créatifs pour adapter les programmes cliniques (University et milieux)...
>
> Commencez à y penser. La créativité est un processus qui requiert une certaine incubation, du temps et une réorganisation de notre pensée...

Prochain rendez-vous le 18 mai 1990, 13:00 heures.

M E M O R A N D U M

TO: ALL PARTICIPANTS TO THE ACTION-RESEARCH ON CLINICAL EDUCATION
FROM: JACQUELINE GILBERT
DATE: MAY 4TH,1990
SUBJECT: MINUTES OF THE APRIL 27TH MEETING

Presences:

Martine Brousseau	Donna Campbell
Claire-Jehanne DuBouloz	Anne Gaylard
Jacqueline Gilbert	Freda Godby
Danielle Massicotte	Denise Ouellet
Vera Szram	Catherine Sénécal
Judy Threinen	

Absence: Clément Cloutier

Please find enclosed the minutes of the meeting held on April 27th, 1990. No formal vote having taken place at that meeting, the acceptance of these minutes will constitute the internal validity for the session. If there are some aspect that you feel are not well reported or not reported at all, please feel free to mention them at the next meeting.

Next time we will start to search for creative solutions and look at creativity as defined by W.W. Culp:

> "Creativity is the struggle for improvement.. the rearrangement of variables which the human can change in search for improvement."
>
> How did Isaac Newton discover the gravitational law?
> He simply changed his perspective: instead of seeing the apple falling from the tree, he imagined it being attracted by the earth....
>
> How can we sell clinical education to clinicians to make them feel responsible?
>
> How can we define our own regional standards?
>
> How can we be more creative in adapting our clinical program (University and facilities)?
>
> START THINKING ABOUT IT, IT IS A PROCESS AND REQUIRES TIME.....AND REORGANISATION.....
>
> I will see you on May 18th,1990, at 13:00p.m.

OBJECTIVES OF APRIL 27TH MEETING:

1. To give people an opportunity to talk about the bilingualism aspect of the program

2. To clarify some statements of April 6th meeting in order to choose only three statements for the group to work on.

3. To give information on the questionnaire.

---

1. To give people an opportunity to talk about the bilingualism aspect of the program

I started the meeting by sharing the feeling of frustration I experienced after the last meeting. I was task oriented and my goal was to have the work done. Even though people have mentioned in different ways the language as being a possible obstacle, it is only after looking at the minutes of the last meeting that I became conscious of my attitude and my resistance. This is why I thought there was a need to talk about this issue and have suggested to take the first part of this session to clarify people's perception and to provide the group with some data on the bilingual component of the program.

People were asked to work in small group (5 members per group) and to answer these questions:

1. How do you understand the bilingual component of the Occupational Therapy program?
   Comment comprenez-vous le caractère bilingue du programme d'ergothérapie?

2. In what ways does the language policy influence the clinical program?
   De quelle(s) façon(s) la politique linguistique influence-t-elle le programme clinique?

After half an hour of working in small groups, we shared people's perception about bilingualism and I gave the official references concerning the policies of bilingualism at the Ottawa University O.T. program. (reference given: from the O.T. Program brief, Program direction and objectives planned according to the needs of the population and on the basis of models of O.T. 1986)
I also gave the information and data for a question that was asked at the last meeting: How can we insure students have a working knowledge of French and English? Question G 2.

Results of the discussion on bilingualism:

group #1

A. The original mandate of the program is to train bilingual occupational therapists to answer the needs of the francophone population in Ontario. (this population is concentrated in the Ottawa-Carleton region and Northern Eastern Ontario)

B. In order to provide services to francophones and anglophones, the students must be able to function in english as well as in french. (considering that there is only one official French speaking hospital in the Ottawa-Carleton region the population obviously has to be treated in bilingual environment therefore making it compulsory for students to be able to function in both languages. The situation is also applicable to some extend to the facilities in Hull where therapists sometimes may have to deal with english patients.

C. Students must be able to function in the clinic as an O.T. and be able to do the written and verbal communication.

D. Students must be able to function within our professional group and with larger community.

Group #2

A. The students are tested for proficiency in both languages

B. Chaque étudiant doit fonctionner dans les deux langues

C. Some courses are taught in English

D. The Program started up with funds from ACFO

E. Mandat is to train therapists to provide services to franco-Ontarians

F. Need English for placements (80% of placements are done in English)

G. There is a large chance students will work in an English environment.

QUESTION #2
In what ways does the language policy influence the clinical program? De quelle(s) façon(s) la politique linguistique influence-t-elle le programme clinique?

1. It put restrictions in matching and offering different placements (students-facilities)

2. It put restrictions for students in their clinical experience and developing their full potential

3. It ask more time for supervision of students.

   (suggestion: do parrainage in the second language, not in mother tongue. Catherine who is currently a supervisor for the parrainage activity mentioned that this was done this year.)

4. There should not be any problem if the students are functional in both languages.

5. Les cliniciens doivent superviser les étudiants dans leur meilleure langue (ou langue préférée). Cet item fut discuté car l'énoncé ne faisait pas l'unanimité dans le groupe. Le groupe a accepté qu'il devait y avoir un respect des compétences linguistiques des étudiants et des cliniciens et qu'on devait dans une certaine limite inviter les cliniciens et les étudiants à être flexibles. There is a need for language respect from the students and the therapists point of view.

6. The charting in English is obligatory

7. The students must adjust themselves to the language of the facility.

Some major facts that came out of the discussion:

The discussion has clarified the bilingual nature of the program. Some people thought the program was a French program and were in fact quite surprised to realize that students must have a functional knowledge of both languages to be admitted in the program.

The political context of the program was explained and I have given the information on what was done to help the students deal with the issue of language. It is obvious that this does not completely solve the problem of lack of second language's skills of some students. However, it can be of some support to realize that the issue is being looked at. This is also true for students whose mother tongue is English and who have to be able to function in French even though there are more placements opportunity in English that there are in French. There is a need for flexibility and opening in regards to the language issue.

2.SECOND PART OF THE MEETING:

clarification of some statements of April 6th meeting.

Looking at the rank ordered vote of the April 6th meeting, it is very clear that statement B and H are the most important challenges the group will have to face to elaborate a new regional plan of participation to clinical education. These two items respectively got 12 and 10 votes. Even though I had stated at the beginning of the research process that we would try to find a solution to the 5 most important problems' statements, at this point of the research process, I felt we needed to limit ourselves if we wanted to succeed in our mission. The group process is taking more time that I have initially evaluated. In order to allow more time to discussion and to exchange amongst us, I have proposed the group to take only 3 statements. We therefore looked at statement G, E, and C to decide which one we would keep.

Statement G (9 votes):

. Comment peut-on adapter le programme de stage selon le niveau de l'étudiant? How can we adapt the clinical program to suit all level of students?

. Quels sont les moyens pris pour que les étudiants aient une connaissance fonctionnelle de l'anglais et du français? How can we insure students have a working knowledge of rench and English?

The statement G needed to be looked at because it addressed two different issues and it was not possible to identify which issue people found more important. Having given some information during the first part of the meeting, the group felt that the second part of the question had been satisfactorily looked at and did not need to remain stated even though we all agreed that language is an important component of placement for both, students and supervisors.

The statement was reformulated as follows:

> Comment les milieux en collaboration avec l'Université peuvent-ils être plus créatifs dans l'adaptation des programmes cliniques afin d'accomoder tous les niveaux d'étudiants?
>
> How can the facilities in collaboration with the University can be more creative in adapting the clinical programs to accomodate all level of students?

Statement C (6 votes):

> Matching University and facilities (organizational culture) In what ways can we decrease the rigidity of both sides in order to meet the need of both?

In order to make sure everybody in the group understood the same thing about this statement, I have reopened the discussion so we can clarify the concept of "rigidity". After discussion it was mentioned that this term was judgmental in some ways and that we could replace it by "structure". We then talked about the importance for the university to respect the internal structure and functioning of each occupational therapy department as well as the importance for the facilities to respect the structure of the university clinical program. It was suggested that these structure not be considered as rigidity but rather as the basic frame within which we both have to fit. A figure illustrating the clinical program over a year was given to participant to visualize the program on a one year period. It is understood that each facility also has his own structure. Initially the issue of language was included in this statement but it seemed that the first part of today's meeting helped clarify this concern and that there was no need to keep it as a priority statement. The reformulated statement G should take some aspects of the structure into account.

Statement E (7 votes)

> How can placements be structured so that all parties see short-term real benefit i.e. the student is viewed as a contributor not a burden?

After discussion, it was felt that this item refered to very concrete actions that would probably be treated in item G. The group had a little difficulty to eliminate it and I suggested that we keep it as it was and that we would treat 4 items instead of 3. The group decided that we did not needed to keep it as a specific item.

The results of this session is that the group will work on three challenges B.H.G (as newly formulated).
At the end of the session a participant was wandering if we would have come to the same conclusion if we would have had more time. Another participant which was present at the National Symposium of last May (1989) where we used the same technique mentioned that it was fascinating to see that, in fact, the technique allowed the group to come to a concensus after 2 days. Research has demonstrated that small working groups are a true reflection of a larger group of people (same category) and that the work is of incontestable value. It is the contribution of everyone that helps to come to such coherent conclusion.

PART 3: THE QUESTIONNAIRE

I have mentioned to the research group that the questionnaire was presently being translated and that I would send it to everybody whenever I get it back.

Meeting ended at 16:00.

EVALUATION OF THE APRIL 27 TH MEETING

It was very productive as always
I am proud to be in that group
It is a great opportunity to get to know people and to even expanding to people from outside Ottawa.
It help to see things differently. We are evolving. It is a different way of thinking.
I am questionning myself and I feel I am changing my perception
I don't know why but I find it a little disturbing (déstabilisant)
It opens up a few other possibilities
it clarified a lot of things.It is the first day we have work done in such a way, I feel we have treated some questions nicely
There seemed to be quite a bound that is creative, we are really be making a change
I got the answer to the question I asked at the beginning of this research: will we get something out of this research, will you do it if it was not for your master degree? I think we are really getting something out of it
Je vois un grand avantage à ce que le groupe soit toujours le même, on apprend à s'ajuster.
I am learning a lot.

I am quite satisfied with today's session. Following the last meeting I felt I needed to give you more space to talk and to exchange. I therefore had to change my own way of approaching the group and I think it worked out very well. I must remember it for further session.

Some comments that were given to me by a few people that stayed a little after the group:

Things seem to be changing even in my milieu. I have a clinician that came to me to tell me she wanted a student.
C'est fantastique, nous avons vraiment avancé aujourd'hui.
It is good to see that we might find a solution.

APPENDICE N

Procès-verbal du 18 mai

MEMORANDUM

TO: ALL PARTICIPANTS OF THE ACTION-RESEARCH ON CLINICAL EDUCATION
FROM: JACQUELINE GILBERT
DATE: MAY 25 TH, 1990
SUBJECT: MINUTES OF THE MAY 18TH, MEETING

PRESENCES:

Martine brousseau
Clément Cloutier
Ann Gaylard
Freda Godby
Vera Szram
Donna Campbell
Claire-Jehanne Dubouloz
Jacqueline Gilbert
Danielle Massicotte
Catherine Sénécal

Absences:
Judy Threinen
Denise Ouellet

Please find enclosed the minutes of the meeting held on May 18th, 1990. As mentioned on the 18th, I request that you carry on with your reflection and that you try to draw a new model representative of the shared responsibility of clinical education. You can inspire yourself of the models presented on the 18th. (I have schematized them in this document) or else make a brand-new one. Here are the characteristics the group agreed the model should have:

1. ALL INSTITUTIONS SHOULD FIGURE ON THE MODEL TO ILLUSTRATE IT IS A SHARED RESPONSIBILITY

2. THERE SHOULD BE CLEAR CONNECTIONS OR INTERACTIONS BETWEEN THE PARTIES

3. MODEL SHOULD ILLUSTRATE THE IDEA THAT THE GLOBAL IS BIGGER THAN THE SUM OF THE PARTS

4. THE RESPONSIBILITIES ARE DIFFERENT BUT ALL NECESSARY

5. KEY PEOPLE SHOULD BE IDENTIFIED (SOMEONE WHO MAKES IT A FOCUS)

6. The group was unclear whether or not the student and the consumers should be part of the model of responsibility of clinical education.

I invite you to look at clinical education from a professional perspective as this is what links us together. It could provide us with a different way of looking at the situation and could enable us to develop a new vision of what could be clinical education.

In creating your model, try to keep in mind the concept of system proposed at the first meeting.
Please draw your model on an overhead transparency, it will allow us to be more efficient at the next meeting. The group will vote on the most representative model that we will adjust in further sessions.

At our next meeting we will try to define our own regional standards for therapists' participation in clinical education. Please feel free to bring any documentation of strategies you use when asking your staff to supervise students.

Looking forward to meeting you on June the 8th, 1990.

Minutes of the May 18th, 1990 meeting

1.REVIEW OF THE MINUTES OF THE APRIL 27TH MEETING

1.Changes were made to p.3, paragraph B, line 3 should read as follows:
"considering that there is only one Hospital with a French character"
2. Changes were made to p.4, last line should read as follows:
"There is a need for flexibility and openness around the language issue"

3. The minutes were accepted after these changes.

2.A SYNTHESIS OF THE RESEARCH PROCESS

I made a brief return on the research process and of the different phases we went through.

3.EXERCICE # 1 :what does it mean to be responsible?

The members of the group were asked to identify one person they would recognized as highly responsible and to give the reason why they felt he or she was so responsible. Here is a list of people identified and the reason why they were judged as responsible:

gardienne: elle sait quoi faire
un parent: écoute bien, he is committed and care for others he follows through
a relative: He is committed and keeps promises
The prime minister: He remembers the primary mission, the "why" and he links his actions to his mission. He keeps a global view of the situation
a working relation: he is pro-active
a neighbor: he keeps promises, I am confident it will happen, he will act
a friend and a collegue: active in the decision making process and motivated.

In summary, it seems that responsibility is closely linked with the ability to concretely act on something, to keep a global vision of the situation and to take an active part in the decision making process. Responsibility seems also to be linked with a sense of competency (knowing what to do)

4. CHALLENGE #1. "IN WHAT WAYS MIGHT WE CLARIFY AND DEFINE THE RESPONSIBILITY OF CLINICAL FIELDWORK IN ORDER THAT PEOPLE CAN AND WILL ASSUME APPROPRIATE OWNERSHIP?

As part of the National Symposium on clinical education, CAOT is working on statement #1 (please refer to the National Philosohpy given to you at the first session) and should come up with a written definition of roles and responsibilities of every party involved in clinical education. In order not to duplicate the work, I have suggested to the group to try to define the shared responsibility level via the creation of a figure or a visual representation. The objective of this activity was to develop a model to illustrate our vision of the responsibility. Each member of the group was asked to draw his/her model and to present it to the group with a brief description, I have reproduced these models in the following pages.

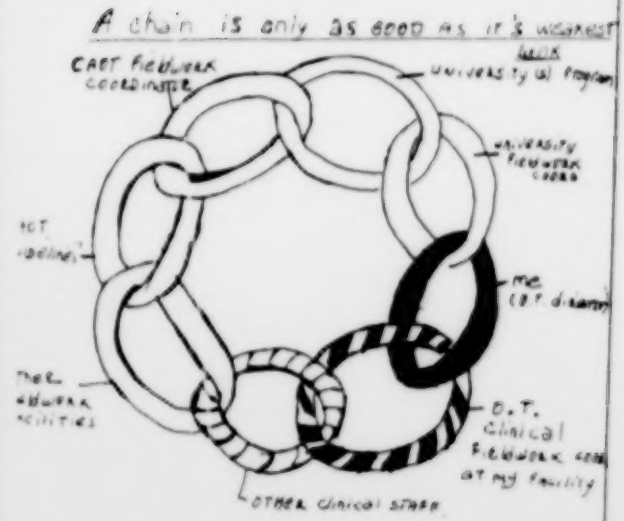
A brief discussion followed the presentation and we have identified the major characteristics we would like the model to have. As the development of such a model takes time and reflection over a period of time, the group was left with the incompleted task knowing the thinking process will continue and eventually will come to maturity.

This activity ended with an agreement amongst the members that, for the next meeting, each of us will try to draw another model, answering the stipulated characteristics. We will keep working on this model in further session.

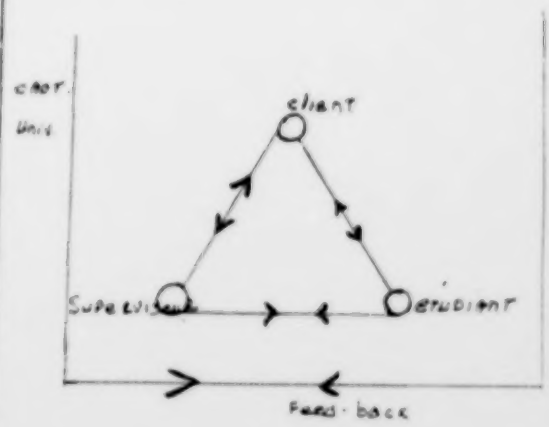
In order to provide the group with an academic perspective, I have given an article written by Elizabeth Yerxa, "Research: the key to the development of Occupational Therapy as an Academic Discipline" (AJOT, July 1987, vol.41,#7). Occupational THerapy was able to reach the stage of a University Program. In order to remain at this level, we must produce knowledge and we must introduce that new knowledge to our peers and to the community. Clinical education is one way to do that and also to bring to the university the real life of clinical practise. It could be seen as a mutually professionnal growing process. We need each other in order to be the strong, visible and recognized profession we all want.

5. La motivation au travail:

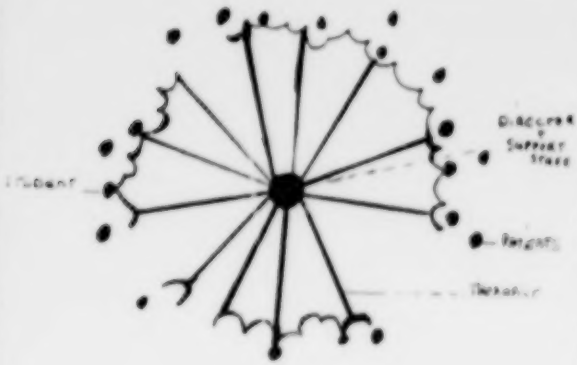
A document was given to people but we did not have time to look at it. This was postponed to next meeting.



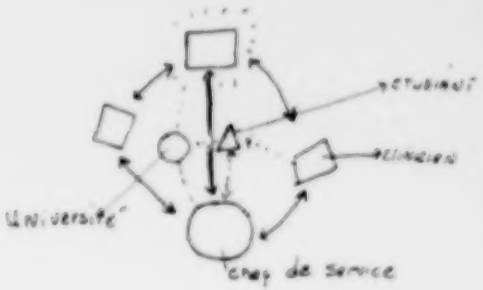
.the 3 colored ones are specific to our facility
.no hierarchy
.must keep links intact



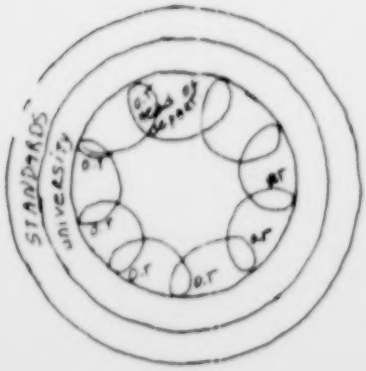
.pas de hierachie
.importance du feed-back et de la communication
.tout le monde a une responsabilité



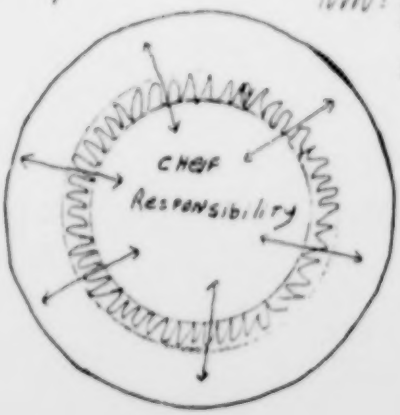
See it as a very fluid, dynamic and nuclear model
starts with the director (middle)



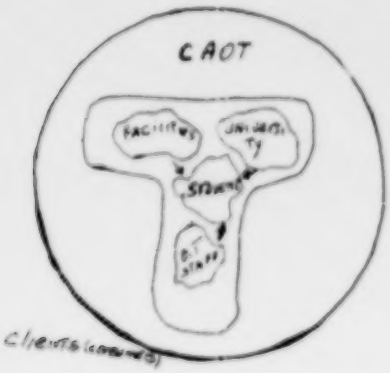
.The O.T.director set standards
.feed-back and communication is essential
.Main responsibility is on supervisor (professional development)



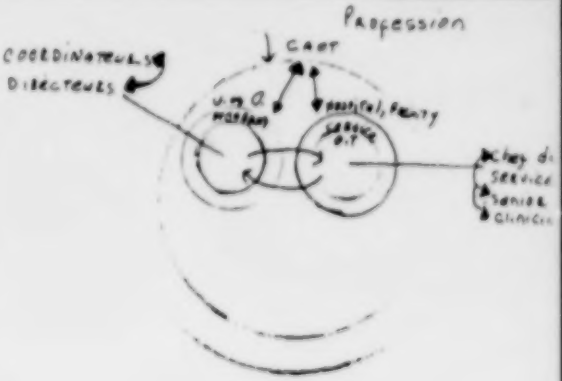
.spirograph, tout le monde doit faire sa part, chaîne continue
.room for new people



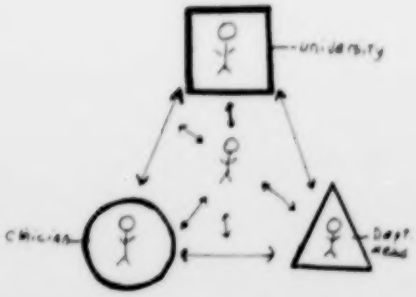
.Major responsibility is on the OT director
.responsibility of others (CAOT, University etc) is limited



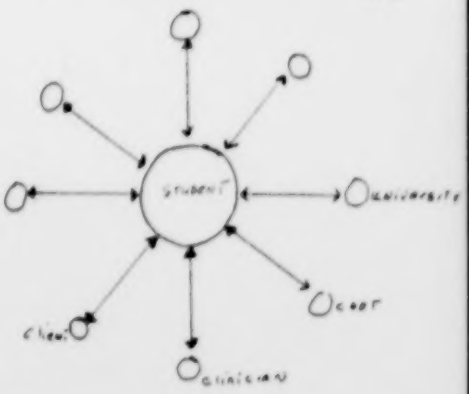
.director has more access to the outside
.the core are the students
.connections, include whole profession



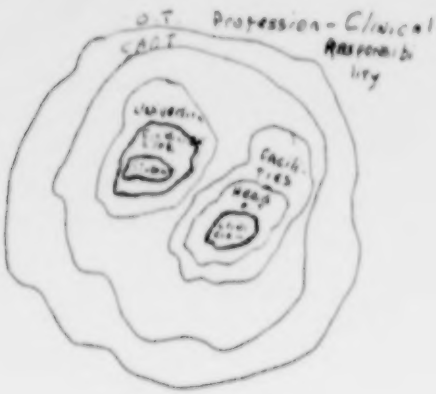
.profession (CAOT organizes)
.university and facility:same size but responsable people are inside



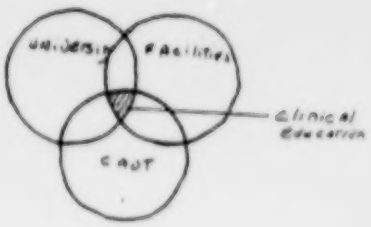
student is central
feed-back
different responsibilities
only 3 parties identified



student is central
many other parties identified



includes all partners
different responsibilities



illustrate a common area
(clinical education)

EVALUATION DE LA RENCONTRE DU 18 MAI 1990

-different from previous sessions
-felt less was accomplished i.e. incomplete
-wondering when the other two challenges will be looked at
-liked the idea of creating a schematic. Creativity expressed in a different way
-enjoyed the birthday celebration, Happy birthday Jacqueline

-Jacqueline, as always was well prepared and adapted to our need of discussion
-Frustrated at times as it was difficult to keep things in perspective- Primarily as there are many key players and network or mandate with each facility. Yet, the session was still productive
-I enjoy the networking

-difficult putting forms and graphics to ideas
-need to see in new ways
-need to see what others see
-we got bogged down with words
-too many ideas today
-they will crystalize next time

-productif et plus engageant
-chacun a eu physiquement à s'engager dans son expression de perception = pression d'être authentiques
le dessin: Pour moi, très bon aide pour conceptualiser et réfléchir
-Bonne séance, j'aime quand tu t'asseois et que tu écoutes concentrée sur ce qui se dit.

-different from previous sessions
-felt less was accomplished i.e. incomplete
-wondering when other 2 challenges will be looked at
-liked idea of creating a schematic . Creativity expressed in a different way
-enjoyed the birthday celebration, Happy birthday Jacqueline!

-session productive
-l'imagerie mentale a permis de concevoir un modèle sur la responsabilité clinique
-les échanges sont très enrichissants
-j'observe une maturité au niveau de l'équipe

-j'ai l'impression de ne pas avoir terminé ce qu'on a commencé ou de ne pas avoir assez produit.
-je ne sais pas trop

-le temps d'ici la prochaine rencontre me permettra de me distancier
-exercice de dessiner sa vision dea partages de la responsabilité a permis de dégager des visions communes et de se situer comme groupe

- nous n'avons pas abordé la définition des "responsabilités de l'enseignement clinique"
-C'est un bon exercice pour amener à se détacher de la situation du partage des responsabilités et à prendre du recul.
-Bonne séance, assez productive.

-We generated lots of ideas/concepts with which to start developing our solutions
-graphic representation was very useful as it forces you to to "interpret your ideas into a concrete form; This also helps to demonstrate the different perspectives acting/ involved in the process

-I liked the review at the beginning of the meeting, it helped get the perspective correct
-The exercise of components of responsibility and the diagrams were very interesting and made me understand about my own type of vision and management
-I felt I would have liked more guidance in the discussion that followed: for a short while it seemed that you were not facilitating the pointé as much as I would have liked (or that the group has become used to!)
-As always I learnt a lot

A VISION OF CLINICAL EDUCATION FROM A PERSPECTIVE OF A UNIVERSITY FIELDWORK COORDINATOR.

As mentioned in the article written by Yerxa, the first mandate of a University program is production of knowledge just as the first mandate of a clinician is to provide O.T. services to the clientele. The profession as stated in the National Philosophy of Fieldwork believes in a progressive integration of practise and knowledge which conducted to the inclusion of clinical education as an integral part of an O.T. program. This concept of integration is a professionnal choice. We could have chosen to have a 3 year academic program and then one year of practise as a junior O.T. prior to the obtention of the right of practise. Our vision of the profession leads us towards a different pathway, the one of progressive integration of theory and practise.

The University in accepting to support a full time position for a clinical coordinator is acknowledging the importance of clinical performance. The facilities in accepting to collaborate to clinical education are contributing to the training of their potential staff and clinicians are, on the other hand, in contact with the new knowledge and on the other hand, can influence the program by their feed-back.

It seems to me that it could be to our mutual advantages to look at clinical education as a professional growth process and to emphasize the positive aspects of this role that a lot of occupational therapists have already played in a very succesful way.

***

APPENDICE O

Procès-verbal de la rencontre du 8 juin

MEMORANDUM

TO: ALL PARTICIPANTS TO THE ACTION-RESEARCH ON CLINICAL EDUCATION
FROM: JACQUELINE GILBERT
SUBJECT: MINUTES OF THE JUNE 8TH, MEETING

PRESENCES:

Martine Brousseau	Donna Campbell
Anne Gaylard	Jacqueline Gilbert
Freda Godby	Danielle Massicotte
Vera Szram	Denise Ouellette
Catherine Sénécal	

ABSENCES:

Clément Cloutier	Claire-Jehanne DuBouloz
Judy Threinen	

As the recording of the session did not work properly, I request that you carefully read these minutes. Please feel free to make any addition and/or correction if you feel something is missing or misinterpreted. Your acceptance of this document will serve as a source of validation of the data.

1. Review of the minutes of May 18,1990

As a few members did not have time to read the minutes prior to the meeting, time was given to read them. The minutes were accepted as written.

2. Objectives of the session

1. To present the results of the latest research on how to motivate people at work and how to make them feel responsible

2. To continue our reflection on a visual representation of the shared responsibility in regards to clinical education

3. To start thinking about our regional standards.

I started the meeting with a few announcements.

A. Congratulations were given to Vera et Danielle who were recently appointed as Directors of the Occupational Therapy respectively at Elizabeth Bruyere and at the Ottawa General Hospital. Anne also announced that Penny Pepin will replace her starting in July.

B. The O.T. Program is presently looking for 4 supervisors for the "Parrainage" activity. Candidates should be able to understand French but they can do the supervision sessions in any of the two official languages. People are invited to contact me within two weeks if they know of some of clinicians who could be interested in such activity.

C. Members were requested to fill out the information document for the honoraria fees. Those members wishing to have the honoraria sent directly to their department or hospital should send me a letter with the name that should figure on the cheque and the code number if there is one.

The group was informed not to expect specific, concrete and final results today. As we will be continuing our thinking process, it is possible that we will not get a final answer today.

2.1 To present the results of the latest research on how to motivate people at work and how to make them feel responsible.

I presented one actual orientation of research on motivation at work . The tendancy is to research on the perception people have of their work .The Pigmalion effect was explained. I gave the characteristics of a high productivity level at work and we discussed the different ways to make people feel responsible (6 levels of empowerment). This knowledge could be applied to clinical education as well as to any working environment. Someone has even mentioned that we could relate it to the practise of O.T. and see if we can encourage our client to take more responsibility in their treatment plan using the concepts presented.

2.2 To continue our reflection on a visual representation of a shared responsibility in regards to clinical education.

6 new drawings were presented to the group (following pages). One of the drawing was chosen as a logo to be used on our documents on clinical education. This group decision could possibly reflect a sense of ownership as this logo clearly identifies the result of the group process and the development of a new vision of clinical education.

Using the nominal group technique, a vote was taken to chose the drawing that the group preferred and that would be the base for our model. In working on this model the group should keep in mind the characteristics we have specified at the last meeting (see minutes of May 18,1990).

Results of the vote:

#3: the preferred drawing #2: the second preferred drawing
#1: the third choice in terms of preference

rank ordered vote June 8,1990	
A.3-3-3-3-3-2-1-1-	8 votes
B.2-2-2-1-1-	5 votes
C.3-3-2-2-1-1-	6 votes
D.3-2-2-1-	4 votes
E.3-2-1-1-	4 votes

Looking at the rank ordered vote,it seems that the drawing "A" is the preferred one as it got the highest number of votes and 5 of the votes were given the most important rank.
The drawing "A" is therefore the drawing that we will keep and try to ameliorate. This should represent our vision and conception of the shared responsibility for clinical education and could eventually be used to initiate discussion with the clinicians and provide them with a systemic vision of clinical education.

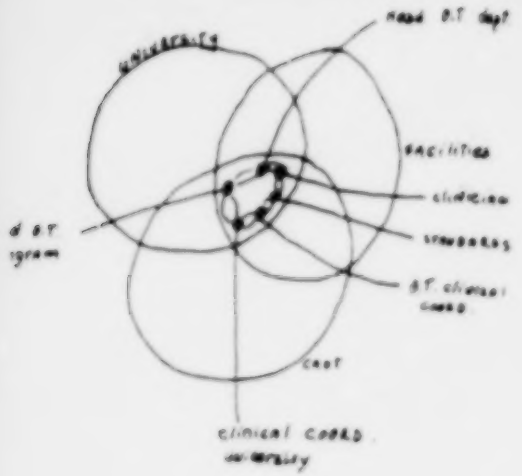
2.3 <u>To start thinking about our regional standards.</u>

Using the Parnes theory on creativity, people were asked to address the second challenge of the group which is :

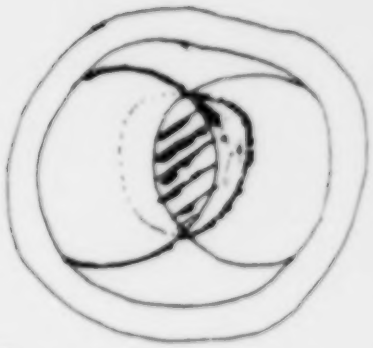
In what ways can we clarify our own regional standards?

The group was reminded that the University needs for placement will be at their maximum in 1994. As the planning of placement is done one year in advance, we therefore have three years to implement the standards and help the clinicians to adjust adequately to the changes.
In order to help write the standards,people were invited to refer to the information given in previous session and to use their own personal experience.

People were asked to make a list of all ideas without judging any of them at this point. The work was to be done individually and then shared in 2 small groups. The session ended with a

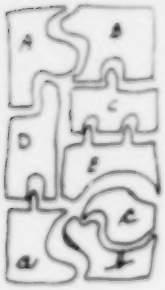


A



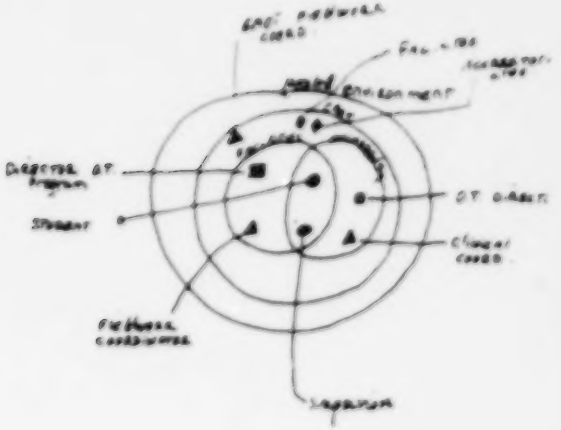
B

Pieces of The Progression

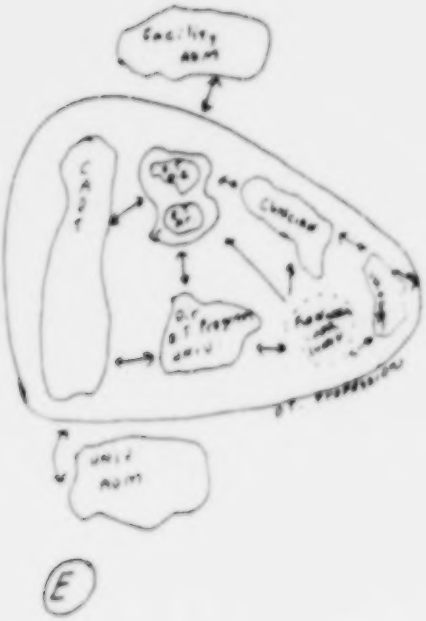


A: CADT
B: OTDT
C: University Prog
D: Faculty
a) dept. head
b) academic coord
c) O.T. staff
E: OTDEL

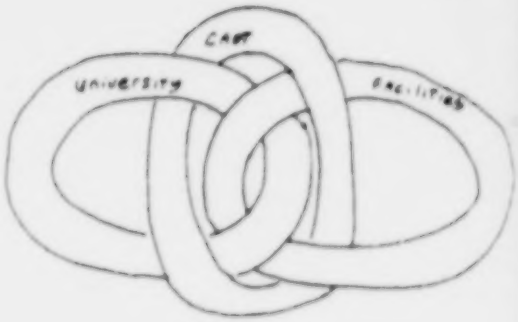
C



D



(E)



Clinical education - a shared responsibility

Logo

Puzzle idea
in an OT shape

presentation of the 2 lists to the group. We did not discuss any of the ideas. Here is the list of all the ideas and a summmary of the evaluation of the session.

The group ended at 16.00p.m. and the next meeting will be on June 22,1990.

IDEA FINDING (DEFERRED JUDGMENT)

Ideas (tentative leads to solution)

.performance appraisal (because this is a recognition, it is a way of giving priorities)

. More facility recognition for therapists.

.Be sure that therapist has full control (the therapist chooses, be sure that this choosing is part of student supervision)

.So many over the years. Establish a number of student per therapist, take into consideration type of placement, nature, scheduling Make an inventory of ways to decide how many they would take.

.3 students per therapist per year

.1 student per therapist per year.

.every therapist who is a CAOT member must take 1 student per year or participate in the supervision of the student.

.this requirement should be written in the job description

.make it more prestigious, competition for the privileges

.match a senior student with a junior student

.Make it a shared responisibility: 1 superviseur 2 étudiants, 1 étudiant 2 thérapeutes. Well-defined

1 therapist in charge of supervision and doing evaluation plus 1 case manager to define roles and responsibilities of student and therapist.

.students rotate through programme

.sharing of students

. University of Ottawa provides clinical co-ordinator who escorts and teaches a small group of students.

.Each facility contributes to the development of regional standards

.Change methods of evaluation e.g.medical students.It results in time saving for clinicians

.Provide first hand information for the university (more emphasis is placed on student to learn, self- directed learning,learning contracts emphasized

.Facilities share students and exchange programs

.University will do all grading of performance

.facilities not yet accredited could be approved by the University while waiting

Information:
The University is doing all grading of performance and an approval mechanism already exists for those facilities which are not accredited by CAOT.

June 8, 1990

EVALUATION
JUNE 8,1990

I would like to tell you Anne that I was very surprised with your drawing of today. It really reflects a change with the vision you presented last week. I was quite impressed.

I have the feeling that we now have a solid base from which we can build on. I feel that now it will be easier to really define our participation and really engage in a collaborative work. We have even started to think of new ways of doing the supervision.

The thing I liked the best today is when you said to not be judgmental. We all felt respected. I could bring any ideas I had. The session was well prepared as usual and I feel we have accomplished a lot.

It is to bad Penny (the new O.T.Director at the Rehab) could not be part of this group.

I feel we are now more involved in developing some tool to do the marketing of fieldwork

When I started to do the standards, I wrote 3 students a year. I then realized there could be lots of different ways to do standards.

I received from Pat Wells a sample of the orientation book they have for all the facilities participating in clinical education. It is my understanding that each facility provides the University with the information needed and that the university puts each document together. It is a well done document. I am going to forward a copy to Jacqueline .I think it could be helpfull if student could read this information prior to coming to the hospital.

IDEA FINDING (DEFERRED JUDGMENT)

CRITERIA

Ideas (tentative leads to solution)

.performance appraisal (because this is a recognition, it is a way of giving priorities)

. More facility recognition for therapists.

.Be sure that therapist has full control (the therapist chooses, be sure that this choosing is part of student supervision)

.So many over the years. Establish a number of student per therapist, take into consideration type of placement, nature, scheduling Make an inventory of ways to decide how many they would take.

.3 students per therapist per year

.1 student per therapist per year.

.every therapist who is a CAOT member must take 1 student per year or participate in the supervision of the student.

.this requirement should be written in the job description

.make it more prestigious, competition for the privileges

.match a senior student with a junior student

.Make it a shared responisibility: 1 superviseur 2 étudiants, 1 étudiant 2 thérapeutes. Well-defined 1 therapist in charge of supervision and doing evaluation plus 1 case manager to define roles and responsibilities of student and therapist.

.students rotate through programme

.sharing of students
. University of Ottawa provides clinical co-ordinator who escorts and teaches a small group of students.

.Each facility contributes to the
development of regional standards

.Change methods of evaluation e.g.medical
students.It results in time saving for
clinicians

.Provide first hand information for
the university
(more emphasis is placed on student to learn,
self- directed learning,learning
contracts emphasized

.Facilities share students and exchange
programs

APPENDICE P

Procès-verbal de la rencontre du 22 juin

special edition

```
**********************************
*   Please read this document    *
*       prior to our next        *
*        and last meeting        *
**********************************
```

Yes, we are coming to closure.

To ensure the complete success of
our group process, we must get to the

```
**********************************
*   elaboration of a concrete    *
*        strategic plan          *
**********************************
```

édition spéciale

```
**********************************
*  veuillez lire ce document     *
*  avant notre prochaine et      *
*     dernière rencontre         *
**********************************
```

Nous achevons notre tâche.

Afin de faire de notre processus
de groupe un succès complet, nous
devons concrétiser notre démarche par

```
*****************************
* l'élaboration d'un plan   *
*   stratégique concret     *
*****************************
```

SUMMARY OF

OUR RESEARCH PROCESS

1. our motivations, the values and objectives of this research	done February 22,1990
2.List of the barriers to increase therapists' participation to clinical education	done March 16,1990
3.Creative statements of our challenges	done April 6,1990
4.clarification of language policy .vote on the challenges to work on .questionnaire	done April 27,1990
5. Our visual representation of the shared responsibility	started May 18,1990
.theory on motivation and how to make people feel responsible	done May 18,1990
6. Vote on our visual representation, definition of our own standards (brainstorming)	started on June 8 completed on July 6
7. Results of the questionnaire, Definition of our own standards,	done June 8,1990 completed on July 6
creative ways of collaborating (Brainstorming)	completed on July 6
8. Implementation of our plan in our own facility	Completed July 6

To Do: TO CHOOSE THE STRATEGIES TO INFORM THE O.T. COMMUNITY

OBJECTIVES OF THE JULY 6TH MEETING

4 TASKS:

1

TO COMPLETE THE VISUAL REPRESENTATION OF THE SHARED RESPONSIBILITY

Why do we want a visual representation of the shared responsibility?

> .to illustrate our conception and our vision of the shared responsibility
>
> .it could be used to do the marketing of clinical education

2.

TO VOTE ON OUR OWN REGIONAL STANDARDS

Why do we need these standards?

> .Because our O.T.community is so small and we need a mechanism to ensure everybody' participation to that shared responsibility in order to meet our Professional Association' standards.

3.

TO BE CREATIVE IN ADAPTING OUR CLINICAL PROGRAMS.

Why do we need such creative ideas?

> .to facilitate the marketing of fieldwork in our O.T.community,(administrators and clinicians.)
>
> .to maximize the use of placement's sites

4.

TO ELABORATE A STRATEGIC PLAN FOR THE IMPLEMENTATION OF OUR WORK

Why do we need a strategic plan?

> .to operationalize our commitment over the years and encourage our colleques to participate
>
> .to ensure a follow-up amd adjustment to our plan

celebration

MEMORANDUM

TO: ALL PARTICIPANTS TO THE ACTION-RESEARCH ON CLINICAL EDUCATION
FROM: JACQUELINE GILBERT
SUBJECT: MINUTES OF THE JUNE 22ND MEETING

Presences:
Martine Brousseau
Claire-Jehanne Dubouloz
Jacqueline Gilbert
Danielle Massicotte
Catherine Sénécal
Clément Cloutier
Anne Gaylard
Freda Godby
Denise Ouellet
Judy Threinen

Absences:
Donna Campbell
Vera Szram

1.review of the minutes of June 8,1990.

Three corrections were made:
1) p.7 second line :1 étudiant instead of i
2) there has been a misinterpretation from my part with the following statement :" the University will do all grading of performance". I have stated that the University is already doing the grading. I was referring to the grading of the PEOTS form. However,the statement referred to the model of medecine and should be added to the suggestion of changing the methods of evaluation to use the medical model which could result in time saving for clinicians.
I have also provided the group with an additional information: following the National symposium on fieldwork education held in May 1989, the National fieldwork standards committee was asked to develop an evaluation form that could be used by everybody.
3) p.7 line #1: we should read "empressed" instead of "surprised"
The minutes were accepted after these modifications.

2.objectives of the session:

1. To give the results of the questionnaire

2. To continue developing our own regional standards

3. To do the brainstorming for challenge #3.

The group accepted to stay a little longer today. People prefer to stay longer to finish the job and not have to come for an additional session after July 6th.

The group accepted to stay a little longer today. People prefer to stay longer to finish the job and not have to come for an additional session after July 6th.

RESULTS OF THE QUESTIONNAIRE:

The first hour of the meeting was to give the results of the survey done to collect clinicians' opinion on fieldwork education. I gave the group the results to the questions I thought could be of a greater interest for administrators and that could help us in completing our task. At the group's request I provided the data of some other questions.

PEOPLE WERE INFORMED THAT:

.THESE ARE THE ROUGH DATA

.NO INTERPRETATION OR DEEP ANALYSIS WAS DONE

We have sent 145 questionnaires to be completed by clinicians. We received back 100 questionnaires.

Rate of participation: **69% of the entire population of working clinicians of the Ottawa-Hull region.**
This participation is considered to be excellent and the results are judged to be significant.
Here is a summary of the results.

Question #8:
In your case, is your task as occupational therapy student supervisor:

.Part of your job description and subject to annual performance evaluation ____ 40%

.Part of your job description but not subject to annual performance evaluation ____ 32%

.Not part of your job but subject to annual performance evaluation ____ 3%

.Not part of your job description and not subject to annual performance evaluation ____ 7%

.I don't know ____ 17%
1% of data not available

Question #10:
The last time you supervised a student, in what way (if any) were adjustments made to your workload?

.The head of my department took or will take supervision time into account when calculating my productivity level (statistical) ____ 19%

.The head of my department told me supervision time should not interfere with my productivity level ____ 1%

.no clear instructions were given to me by my department head but I understood that I was expected to take this additional taks without rearranging my schedule ____ 27%

.no clear instructions were given to me by my department head, but I knew that I could rearrange my schedule ____ 49%

.other ____ 4%

The question 10 reveals that 76% of the therapists are unclear with the administrators' expectations. Keeping in mind the theory on productivity and motivation, we know that the second factor of productivity is related to a clear knowledge of what is expected from us. It seems that as leader we could act on this item.

question #14
Given your experience as supervisor, what do you feel would be the best way to facilitate your job as clinical supervisor(one choice)

.That you be free to attend regular pre-fieldwork placement information sessions and training sessions for supervision 21%

.That the University fieldwork coordinator be more available to you in your workplace 7%

.That there be less paperwork to do for the fieldwork placement 16%

.That your work as a supervisor be recognized as part of your output 36%

.That you be provided with help in determining the learning objectives of the student 8%

.Other 9%

1% of data not available

question #17

Please indicate what would be the most important motivation for you in taking on clinical supervision (one choice)

.Additional earnings for the education fund of my department 32%

.Access to the sports facilities,library and Faculty Club of th University of Ottawa, at minimal cost 11%

.That this task be part of my performance evaluation 5%

.That the students contribute to reducing my workload 10%

.Other 37%
.data not available 5%

A review of the ideas submitted for the last category (other) reveals that most of these 37% of clinicians considere this task as a professional responsibility and this is a suffisant reason to be motivated to take student. Three clinicians would like to be paid personally.

question #18
How much support do you feel you are getting from your department head concerning clinical supervision?

.does not apply	13%
.a lot	36%
.a little	42%
.none	5%
data not available 4%	

There has been a discussion to mention that this question does not tell us if the clinicians need support neither does it tell us if they feel supported by their immediate supervisor (i.e. an O.T.). This suggestion was referring to the fact that some settings have a non-traditional organizational structure and that in some instance the head of the department could be another professionnal (ex.:a physio) .
All we can say from these results is that 47% of the responding clinicians feel they have little or no support at all from their administrator. **Their perception** is that there is not a lot of support.

question #19

How much support do you feel you are getting from the person in charge of fieldwork placement at the University of Ottawa concerning clinical supervision?

.I have never students from Ottawa University	28%
. A lot	37%
. A little	30%
. None	1%
. data not available	4 %

question # 20

If you have never supervised students in occupational therapy, please indicate the two principal reasons why:

.I have previously supervised students therefore this question does not apply	48%
.I have less than one year's experience	18%
.I was never asked	15%
.I don't feel comfortable with clinical supervision	6%
.I feel that it would add a burden to my workload	3%
.Student supervision is not looked upon as a valued activity in my department	0
.Teaching doesn't interest me	2%
. other	8%

Question #22

How many times per year would you accept fieldwork placements in occupational therapy?

.0 time/year	1%
.1 time/year	44%
.2 times/year	43%
.3 times/year	4%
.1 time/2 years	7%
.other	0%
data not available	1%

question #21

What level of student would you prefer to have in fieldwork placement?

.2nd year	7%
.3rd year (2 days/wk)	10%
.3rd year (2 months)	17%
.4th year	17%
.it doesn't matter	47%

Very little discussion took place after the results were given. The general comment was that it was quite surprising and interesting to see the results. The clinicians seem quite receptive to clinical education. There seems to be a good climate and a good motivation amongst the O.T. community to partake in the education of future colleques.

Looking at the results, some members of the group were questionning where was the problem considering that both the O.T.Directors and the clinicians were saying their desire and motivation to participate. Most of the barriers that we identified on March the 16,1990 don't seem to be perceived as obstacles by the clinicians. (Please refer to the minutes of March 16th.)

At the end of the presentation one member questioned the ethical aspect of the procedure. She wondered if it was ethical for the group of Directors to get the results prior to the clinicians themselves. The opinion of the group is that these results were quite helpful and will help us to define the strategic plan in a more appropriate way. As the data are anonymous and present a global picture of our region, people were satisfied with the procedure. I will check this issue with the authorities of the University.

LIST OF PROPOSED REGIONAL STANDARDS

Why do we need our own regional standards?

1. Because our O.T. community is very small and we need everybody's participation to answer the standards of our Professional Association and train competent and qualified O.T.

2. As we have defined clinical education as a professional responsibility, we need to plan our action to facilitate the changes in the community and ensure that we have a positive experience

Using the first brainstorming done at the last meeting and the results of the questionnaire, the group was asked to complete the list with other ideas and to decide on the promising statements. It was mentioned to the group that the University' needs will be to their maximum in three years. We therefore have three years to implement our plan and to introduce the change in our community. It gives us plenty of time to adjust to the change. This should be facilitated if we feel comfortable with our plan.

Results of the brainstorming of the first group:

After a lot of arguing, everybody in the group agreed on and supported the following standards:

1. clinical supervision is part of the performance appraisal and should be included in the job description

2. To make it a shared responsibility, therapists should have full control on the placement. Request should be presented so that clinicians can choose when they will have a student, which level of student they want, the modalities of supervision (sharing)

3. Each therapist with one year of experience should supervise 1.5 student every year. This standard will enable the occupational therapy community of the Ottawa-Hull region to absorbe 225 students every year. It provides facility and University with flexibility, leaves room for maternity leaves, vacancies, education leaves, holidays etc.

4. Each facility contributes to the development and the reviewing of regional standards.

Results of the brainstorming of the other group:

1.Supervision should be written in the job description and the recognition for taking on student/s should be written on the performance evaluation.

(It was mentioned that the quality of supervision cannot be measured yet to rate the therapist)

2. Supervision is a professional obligation. Therefore every agency will ensure that every therapist will supervise or participate in the supervision or the co-ordination of a minimum of one student per year.

3. There will be a working committee of the representatives agencies to monitor the implementation and evaluation of our regional plan of fieldwork placements.

4.Que l'Université puisse assurer 20% des stages en milieu non-traditionnels et dans le Nord Ontarien afin de décharger les milieux immédiats et de réfléter les nouveaux courants de la profession.

CHALLENGE #3

HOW CAN THE FACILITIES IN COLLABORATION WITH THE UNIVERSITY BE MORE CREATIVE IN ADAPTING THE CLINICAL PROGRAMS TO ACCOMODATE ALL LEVEL OF STUDENTS?

Ideas (tentative leads to solution):

.there should be more facility recognition

.We should make it more prestigious,competition for privilegies (individual privilegies)

.encourage therapist to choose their own model of supervision in order to suit their needs and maximize the use of the facility:

- .sharing of students for those who wish to
- .have one clinician in charge of the supervision (will do the evaluation) and one case manager
- .match a senior student with a junior student
- .have students rotate through programme
- .facilities share students and exchange programs

.University of Ottawa provides clinical co-ordinator who escorts and teaches a small group of students.

.Provide first hand information for the university

.Holding a workshop and target it to the heads of the O.T. Department and clinical co-ordinators of the Ottawa-Hull region. The focus of this workshop will be to enhance the level of participation of facility in clinical placement.

.Get in the annual report the facility's participation to clinical education (i.e. number of students)

Ideas to present the request to the clinicians:

.clinicians should have control on the supervision task from the beginning to the end. Therefore, it facilitates the process if therapist are requested to organize their supervision over the year and to plan ahead.
Important to encourage different forms of supervision and to let them know that it is acceptable to have different ratio
.write a memo to everybody and circulate it with the chart of placement and a list of the request so that they can have an overall idea of when and what is possible in terms of placement.

Que les chefs de service encouragent les cliniciens à participer aux sessions de formation pré-stage.

EVALUATION
REUNION DU 22 JUIN 1990

.It has been a good learning and reflexive meeting
.very informative session (receiving information on the questionnaire)
.une session très pratique et j'ai l'impression qu'un focus a été mis sur la réponse. Très positif
.as always, an excellent and stimulating session
.session intéressante
.j'ai apprécié d'être informé au sujet de l'enquête car les résultats ont été la source pour discuter des standards et des suivis. Il faudrait connaitre davantage les données pour orienter la prochaine réunion.
.I enjoyed today's session.
.I felt it was one of the most productive sessions.
.I feel we are beginning to come to closure.
.Are we going to come to closure on our visual representation?
.It has been an interesting session but I need to learn more French to be a full participant.
.It is a worthwhile process
.travail plus concret et satisfaisant
.j'étais un peu perdu au début mais le travail actif en petit groupe m'a permis d'être plus active et de mieux comprendre
.je sens un groupe beaucoup moins tendu par rapport au début je sens plus d'interrelation entre les participants.
.je sens les gens plus capables d'exprimer leurs opinions.
.encouraging to see survey results
.excitement to go back to clinical again
.next tasks formulation: marketing,implementation
.good opportunity to involve the clinicians- and support.

****

APPENDICE Q

Procès-verbal de la rencontre du 6 juillet

MEMORANDUM

TO: ALL PARTICIPANTS TO THE ACTION-RESEARCH ON CLINICAL EDUCATION
FROM: JACQUELINE GILBERT
SUBJECT: MINUTES OF THE MEETING HELD ON JULY 6,1990

Presences:

Martine Brousseau
Clément Cloutier
Jacqueline Gilbert
Danielle Massicotte
Catherine Sénécal
Vera Szram
Donna Campbell
Claire-Jehanne Dubouloz
Freda Godby
Denise Ouellet
Judy Threinen

Cathy Vincent (in replacement of Anne Gaylard)

1. Review of the minutes of June 22,1990 and presentation of Mrs Mrs Vincent

The minutes were accepted as such. As a follow-up to the results of the questionnaire and to the question concerning ethical issue (p.8 of the minutes) I informed the group that I had a discussion with the Vice-Dean of research from the Health Sciences Faculty and that the procedure used was ethical in all aspects.
The objectives of the July 6th meeting were circulated with the last minutes . Mrs Vincent was introduced to the group. She joined us as an observer in replacement of Ms Anne Gaylard from the Rehab. As she is new to this group process, it is understood that Mrs. Vincent will not have voting privileges. Today's session was taped.

I did not take part in any of the voting today.

2. To complete the visual representation of the shared responsibility

2.A. To chose a visual representation

We had to complete the visual representation started in June. Catherine briefly presented thecomplementary reflection she had done on it. I then presented the drawing we selected in June. It was my own personal feeling that the drawing did not totaly satisfied the criteria chosen by the group. I did not feel criteria #1 and 4 were clearly answered (the model should illustrate the idea that the global is bigger than the sum of the parts, and the responsibilities are different but all necessary). Furthermore, we needed to decide if we wanted the student to be part of the drawing or not.

I had enlarged the chosen model and showed it to the group. I also proposed a second possibility which was to take the logo

discussion was opened for 20 minutes after what a secret vote was taken. Someone suggested: 1) to make sure the same people were identified on the corresponding side of the drawing and of the logo; and (2) to use a different texture for each group of representatives.

Results of the vote:
The group voted unanimously for the chain in addition to the logo with the above suggestions.

2.B To decide whether or not we wanted the student to be part of the drawing

People were asked to individually think if they would like to bring other idea. After discussion, we ended up with three possibilities on which the vote was taken.

A. no student encluded in the representation
B. Student included in the middle of the representation
C. Student included but part of the chain ,as a part of the university section

results of the vote

No student	3-3-1-1-3-3-2-1-3-1	5 #3 1 #2 4 #1
student in the middle	1-3-1-2-2-2-2-3-2-	3 #3 5 #2 2 #1
Student with	1-1-3-1-1-2-1-1-2-	1 #3 2 #2 6 #1

Please note that 2 votes were cancelled.

The majority of the group was not in favour of to identifying the student in the drawing.(6 votes for A as the preferred one rate 3). The second choice is B, and then C. It would have been a goode idea to have a second vote after another discussion but the time did not allow us to do so. The group agreed to go on with this result.

3.TO VOTE ON OUR OWN REGIONAL STANDARDS.

Prior to this task, I presented a summary of the needs of the Program for the next three years. I also provided some data of the number of therapists in our area in comparaison to other universities' catchmen area. It was clear to everyone that we have three years to implement whichever norm we would accept. The group was reminded that the results of the questionnaire should not justify the norm but rather they should support it.

Looking at the seven proposed norms of the last 2 sessions the group decided at unaninity that no vote was needed for proposition #1 and 3# (#1:inclusion in the job description and make it part of performance appraisal, #3:University will ensure 20 of placements in non-traditional settings. In order not to interfere with CAOT standards, this last proposition was changed to: University will ensure 20% of placements in setting where there is no occupational therapist.) #2,4 and 5 were considered as strategies to implement the plan were transferred in this section. We ended up with the last two statements which read as follows:

1.each therapist with one year of experience will supervise 1.5 student a year

2.every therapist will supervise or participate in the supervision of a minimum of one student a year.

Each member was invited to take a few minutes to see if they would like to add any other proposition. We added two propositions. After discussion the group decided to word all statements in terms of FTE instead of using a norm per therapist.The proposition were:

A. we will recommand 1.5 student /year per full time equivalent

B. we will recommand 1.0 student/year per full time equivalent

C.every department will offer the equivalent of 1.5 student/year per FTE (full time equivalent)

D.every department will offer the equivalent of 1.0 placement per FTE

Statements A and B put the responsability on each individual therapist working part-time or full-time. Statement C and D put the responsibility back on the department i.e. the department should cover in case of cancellation by one of the staff.

Before voting, the group decided on two criteria that should

guide the choice of the preferred statement, the statement should:

1. Offer flexibility for the facilities and for the program

2. Should be worded in term of minimum expectation

By flexibility we mean that the norm should enable our community to answer the quantitative needs of the program (180 placements in 1994) and also ensure the participating facility that their global offers will allow them to plan for the vacancy, sick leave etc. Having a regional norm is also part of the flexibility: under normal circumstances everyone will be expected to participate to the same extend. Given that flexibility, the head of the department or the senior therapist has the entire autonomy to free part of the staff if for some reason he/she judges that one employer cannot meet the norm. Having such norm also contributes to make the expectations clearer for the staff (which is one of the key element of motivation.) The flexibility should also be seen with a regional vision.

By minimum, we mean that clinicians will have to be prepare to take X number of student as part of their regular duty. This criteria has to be taken in conjunction with the flexibility criteria.
After 45 minutes of discussion the vote was taken.

RANK ORDERED VOTE

A. 1.5 student/FTE	5-5-1-5-5-3-5-1-4-4- (5Ø5,2Ø4,1Ø3,2Ø1)
B. 1 student/FTE	4-4-5-3-4-4-4-4-4-4- (1Ø5,7Ø4,1Ø3)
C. every department will offer 1.5 student/FTE	1-1-1-5-1-1-1-1-3-5- (2Ø5,1Ø3,7Ø1)
D. every department will offer 1 student/year	3-3-3-4-3-3-5-3-5-3- (2Ø5,1Ø4,7Ø3)

Each proposition should have a total of 10 votes but one vote

was cancelled. Looking at the highest score given (#5) we can say that the majority wanted a norm by therapist as opposed to a norm by department. (5 votes for A and 1 for B which give 6 votes of preference on a maximum of 10 votes for a norm by therapist. Furthermore, there were a total of 7 votes ranked #4 (the second prefered) for B. By order of preference the results become A.B.D and C.

Eventhough the majority voted for A, there was no unanimity in the group. Some people would have like to pursue the discussion. However, due to time constraints, it was not possible to do so. Considering that we have three years to implement this norm, we will benefit of a period of trial and adjustment. It was decided by the group to keep the results as they were.

4. TO BE CREATIVE IN ADAPTING OUR CLINICAL PROGRAMS.

Due to time constrains, I have limited this part to the completion of the brainstorming (Parnes'theory on creativity) started on an individual basis in June. The results of this brainstorming will be submitted to the consultant committee to fieldwork education. The committee will put into concrete actions these ideas.

Everybody was ask to take a few minutes to see in what ways the facilities in collaboration with the university could be more creative in adapting their clinical programs. No judgment and no discussion on the ideas were allowed. The brainstorming lasted 20 minutes. To help you with the lecture of this section I took the initiative to regroup all the ideas in category;

Recognition for the clinician:

1. there should be more facility's recognition
2. make it more prestigious, competition for privilegies
3. que les cliniciens soient encouragés à participer aux sessions de formation
4. The therapist should be encouraged to take most of the responsibility for the student supervision: ex. decide the level of student, the time, the type of supervision (with another therapist or alone,
5. Encourage the therapist to choose their own model of supervision in order to suit their needs and maximize the use of the facility:

   - have one clinician in charge of the supervision (will do the evaluation) and one case manager

- match a senior student with a junior student
  have student rotate through programs, facilities share students and exchange programs

University's innovations

1. University could use alternate models of supervision. The university could provide clinical co-ordinator who escorts and teaches a small group of students

2. Provide the university with first hand information in order to better prepare the student

3. Publicize the different projects conducted by the students in the facilities.

O.T. administrators

1. Have the students to contribute to the department by asking them a project related to the department's objectives so that this become a lot more meaningful for the therapists. (instead of asking a case presentation)

2. **Ways to present the task to the therapist:**

Encourage planning over a year period. Instead of asking the clinicians who would like to take a student, make it a shared responsibility. You could circulate a memo to your staff with the chart of placement and a list of the requests so that they can have an overall idea of when and what is possible in terms of placements.

3. **ways to get recognition for the administrators and their department.**

1. To make it more visible, O.T.director could get in the annual report the facility's participation to clinical education (i.e. number of students)

2. Put in the director's job description, that the director will have responsibility for students' matters.

3. Lobby the Ministry to get some funding may be on an honorarium basis. This money could be send to the O.T. department educational funds or for education-publication, or any other activity other than the day-to day sort of cinical operations.

4.Help the administrators to learn how to considere supervision at a productivity level, and how to deal with the external pressure on productivity

5.Help administrators to learn how to concretely support the whole process of clinical supervision to learn how to compromise for the additional task

6.Stand as a group of O.T. directors and lobby the ministry to give some recognition to this task. (chances are that they will listen to us as a group)

Kinds of recognition the ministry could give: give us points for students time that will be the equivalent of patient's treatment time, mention in the HIS report the number of students taken a year as they do for teaching hospital

7.Develop a support network

It was interesting to see that a lot of the new ideas suggested today were oriented towards trying to find support for the administrators themselves as opposed to get support only for the clinicians. This aspect seemed new to our group process.

5. TO ELABORATE A STRATEGIC PLAN FOR THE IMPLEMENTATION OF OUR WORK

In order to ensure a follow-up to our work, we need to plan at two different levels:

1. First we need to plan how each of us will implement the standards within their own department and when will it be effective.

2. Second we need to establish how we will inform the community on our proposed standards and how we will try to influence them to take part in it.

HOW TO IMPLEMENT #1 IN EACH OF OUR O.T.DEPARTMENT

Standard #1:

We will include the task of clinical supervision in the therapists'job description and performance appraisal.

Everyone was ask to determine when they would be able to answer this first standard.

Among the group only three members were positive to confirm that they already had it in the job description. After going around the table it was decided that by **JUNE 1991** everybody will have answer this norm.

HOW TO IMPLEMENT #2 IN OUR REGION

Standard #2:

The University will ensure that 20% of the needed placements will be done in settings without O.T.

We are actually providing this amount of non-traditional placements via the partners' program. We will continue to search for strategies for the future in new areas of practise.

HOW TO IMPLEMENT #3 IN EACH OF OUR DEPARTMENT

Standard #3:

We recommand 1.5 student/year per full time equivalent

HOW ARE WE GOING TO IMPLEMENT THE PLAN IN OUR OWN DEPARTMENT?

	HOW	WHEN
1.	Collect the information on how we did for the last couple years	by September 90
	progressively increase the number to reach the standards by 1993 (Civic)	progressively 1.5 by 1993
2.	We already have it in principle We take one each per year in one section and 2 each year in the other section in terms of the overall dep. we will..... (Ottawa General)	1.2 in 1991 1.4 in 1992 1.5 in 1993
3.	We are taking 2 students/therapist /year but not only from Ottawa	
	will make sure to do 1.5 Ottawa student.... (Elizabeth Bruyère)	August 1990
4.	We already have 2 students/year (Montfort)	1990
5.	Progressively increase the number (Home Care)	up 1.0 by 1992 1.5 by 1993
6.	Rapport de ma participation à cette recherche aux ergo du service et à mon directeur avec le support du questionnaire	prochaine réunion de service
	Nous avons presque la norme (CHRO)	1.5 in 1992
7.	Rapport aux ergos et au supérieur. essai informel pendant 1 an officialiser 1.5 en 1992 (CH La Pieta)	1.5 in 1992

8.	Informer les cliniciens en 1990 Implantation progressive sur 3 ans avec ré-évaluation à chaque année (CAR La RessourSe)	1.5 in 1993
9.	Inform the therapists that this is the target for 1993. Get more statistic on the number of students taken each year to analyse what is preventing us from reaching the 1.0 , then looking at 1.5 on a yearly basis (Royal Hospital)	year by year
10.	First, share the results of the questionnaire with the staff, Have Jacqueline come to talk the staff about what has been done. I still have concerns whether or not we will be able to meet these norms. We will try to increase numbers as much as we can. (Rehabilitation Centre)	year by year

HOW ARE WE GOING TO DO THE MARKETING OF OUR PLAN AND MAKE THE O.T. COMMUNITY PART OF THE PROCESS

LIST OF IDEAS GENERATED BY EACH MEMBER:

A. Make it in two steps, using the O.T. directors' business meeting:

   1. Have a joint meeting with people from Quebec (O.T.directors) to present the information and the results of our group process . This could be done whenever we are ready, in November 1990 or January 1991.

   2. As a follow-up, have a second meeting in the spring 1991 or the fall 1991 (depending on the time of the first meeting) to get their input on the plan and have them communicate how they see their participation in that plan.

B. To use members of this group as recruters for new facility or for existing centers that are experiencing some difficulties in encouraging clinicians' participation in clinical education.

C. Have an open forum for clinicians to discuss their ideas , difficulties and results of their experiences as clinical educator.

D. We need to make sure that everyone gets the same and consistant information (and the right information) because we want to avoid false rumour. Therefore, we need to get to the front line people first, and then to the staff. We need a well done presentation to do a good marketing job.Prior to publishing, there should be a concise report to highlight the key elements of our process and plan.

E. To publish in the National.

F. To present at the O.T. Week.

H. Establish a working committee (other than the Consultant Committee) to define the terms of reference, identify the process by which one will implement it, the manner in which we will use to get the feed-back from every facility and have target dates for each stages of implementation.

I. We could split the group in small unit and share the work that need to be done prior to presentation to the others.

*****

The group decided to meet again on september 7, 1990 to finish the process and decide on the strategies that we will use to inform the other people.

EVALUATION OF TODAY'S SESSION

I feel we have accomplished a lot, we worked very hard and I feel the need to finish it up.

J'ai beaucoup aimé que la discussion soit limitée dans le temps. Cela permet de mettre nos idées rapidement en place et prendre une décision.

It was excellent, it was tough but very productive.

I feel I was the negative one always pulling back but I guess I have a lot of concerns and questions in my mind. I want to meet the growing needs but I need to look at it year by year. I have concerns with the concept of minimum standards and targeting it for three years.

I found it really interesting how we were able to work together. A number of us are part of the directors'group, we meet for other purposes. It seems that we found this group stimulating, we kept coming back, we now have some insight for working well together and promoting approaches tc increasing student's placement. It was a way for us going into each others domains with a common purpose that will probably spin into other things where we should be working more closely together.

It has been nice to be part of this group and I'd like to see the forum idea. I feel a little like Freda too. I guess we provide good placements and I would like more discussion, more education of the staff to be able to meet these standards.

I feel optimistic, we are taking very few students right now and I don't anticipate any problem in reaching the standards. The enthousiasm on the part of the staff has been fairly high and I think that people are almost getting the sense of sharing and participating to this activity unlike the more traditional institutions.

I certainly feel in a much better position now to sale student that I felt last fall because I have a much clearer idea, sort of what the needs are. I think I can sell it in a more realistic way.

I think you did an incredible job with the minutes.

*****

APPENDICE R

Procès-verbal de la rencontre du 7 septembre

MEMORANDUM

TO: ALL PARTICIPANTS TO THE ACTION-RESEARCH ON CLINICAL EDUCATION
FROM: JACQUELINE GILBERT
SUBJECT: MINUTES OF THE MEETING HELD ON SEPTEMBER 7, 1990

PRESENCE:
Martine Brousseau
Claire-Jehanne Duboulos
Freda Godby
Denise Ouellet
Judy Threinen
Donna Campbell
Jacqueline Gilbert
Danielle Massicotte
Catherine Sénécal
Cathy Vincent (non-voting member)

ABSENCE:
Clément Cloutier
Vera Szram

The purpose of this meeting was to finalize the strategic plan aiming at the marketing of the results of our group process. In developing such a plan we wanted:

1. To inform our community (regional and national) of the results of our group process and to find mechanisms by which the information given can be consistant.

2. To do the marketing in our catchment area in a way that people will be encouraged to think about our plan and, after reflexion be prepared to decide whether or not,and in which manner they want to take part in our collaborative efforts to solve the problem of fieldwork.

A . SUMMARY OF THE OFFERS FOR THE 1991 PLACEMENTS

I briefly informed the group that for 1991 we were offered 84 places (not including the May-June CAOT placement). This is 12 placemnet more than required. At the same time last year we were lacking 12 places. Therefore 24 more places were offered this year as compared to last year. This seems to be partly due to our group process and also to a possible change in the community. The most popular placement is November-December. Although we have a surplus for this time frame, we still lack 6 spaces for the part-time placement. I will therefore request that some November placements be changed to part-time placements. At the present it is not possible to reorganize this format because it involves a change in the curriculum (a long procedure). We will have to

analyse the difficulties with this part-time placement. It could be that people do not fully understand the difference between part-time and full time placement or simply that people just do not know that we need more offers for that specific stage. The results of the questionnaire (question 23) suggest that for 47% of the respondants it does not really matter which placement they supervise. This issue will have to be looked at in the future. Since we have extra placements, we can already appreciate the flexibility it allows for the University as well as the facilities who will not be under undue pressure in case of almost certain cancellations.

B.A BRIEF REVIEW OF OUR GROUP PROCESS AND OUR PLAN

I quickly went through the different phases of our group to summarize the process and I read our plan. People were very pleased with the logo and it was suggested that we already start using it on the official paper. The group unanimously accepted this proposition.

C. A WORKSHOP FOR O.T. ADMINISTRATORS

I opened a discussion on the possibility of holding a workshop for administrators. This idea was suggested at the last meeting as part of the creative ideas. We need to search for funding to held such a workshop and this is a long process. I wanted to get opinions on this concrete suggestion. After discussion, it was decided that given the momentum, the O.T. community needs to hear about fieldwork and that having such a workshop might help us to stand as a group. Such a collective action could help us have a stronger effect if we want to lobby the government. The goal of this workshop will be as written in the minutes:

" Help the administrators to learn how to consider supervision at a productivity level, how to deal with external pressures on productivity and how to find collective strategies to lobby the ministry to give recognition to this task

It is the feeling of this group that this workshop should be opened to all those involved with fieldwork coordination: O.T. directors and senior therapists or the equivalent. If we get the funding for this activity, the workshop will be held in the spring 1991. Claire-Jehanne and Jacqueline will search for funding.

D. ELABORATION OF OUR MARKETING PLAN

Procedures:

In the minutes of the July 6th meeting, we had on page 11 the list of ideas generated by each member using the nominal question " how are we going to do the marketing of our plan and make the O.T. community part of the process?" Each of these 8 ideas

were read and time was allowed for discussion to clarify the ideas and to add any other suggestion that people had. After discussion, we ended up with 7 statements slighly reformulated. As all ideas fell into the global plan divided in short term, mid term and long term strategies, we did not need to vote. We had unanimity in the group. After putting the strategies in order, each member assigned themselves to the task he/she wanted to do. It was suggested that the members who were not present would be invited to join whichever group they want. It was also mentioned that Ms. Anne Gaylard could also be approached to see if she would like to participate to some of these tasks.

OUR PLAN

1. To have a working committee whose responsibility will be
   a) to coordinate the plan
   b) to evaluate its implementation
   c) to make sure things follow through.
   This committee has the responsibility of providing members of the action-research group with the right structure, organization and procedures.

   The members of this committee should ask for their joint appointment and their contribution could be to take part in this committee.

   Members: Danielle, Freda, Donna, Judy and Jacqueline

2. To write a report to inform the O.T. community
   This report will serve to market the plan. The working committee will suggest the orientation of the content. There should be a cover letter for the purpose of informing the administrators. It was suggested that when the report will be ready we will seek out appropriate people who should receive it. This report should emphasize that this is a 3 year plan.

   Members: Martine et Denise. Cathy will act as a reviewer.

3. To present our plan to the O.T. directors and all people involved in fieldwork coordination.
   The working committee will do the planning and define the content of the report and the orientation to be given to this presentation.

   Members: Catherine is interested in presenting
   Cathy will act as a reviewer

4. To present to all clinicians
   The working committee will plan this activity and whoever wants to present will be welcome to do so.

5. To plan the follow-up

The working committee will think of the follow-up and propose some strategies to the group.

6. To publish in the National and in the CPEO Newsletter.
It was suggested that given the momentum, we should use different sources to inform people. A discussion followed about the content of this paper. We clarified that the publication in the National will be to inform people of the plan itself and not to present the results of the research on the group process.

The working committee will determine the best time to publish in the National

7. To present to CAOT Conference (1992)
To present to the O.T. local symposium (1991)

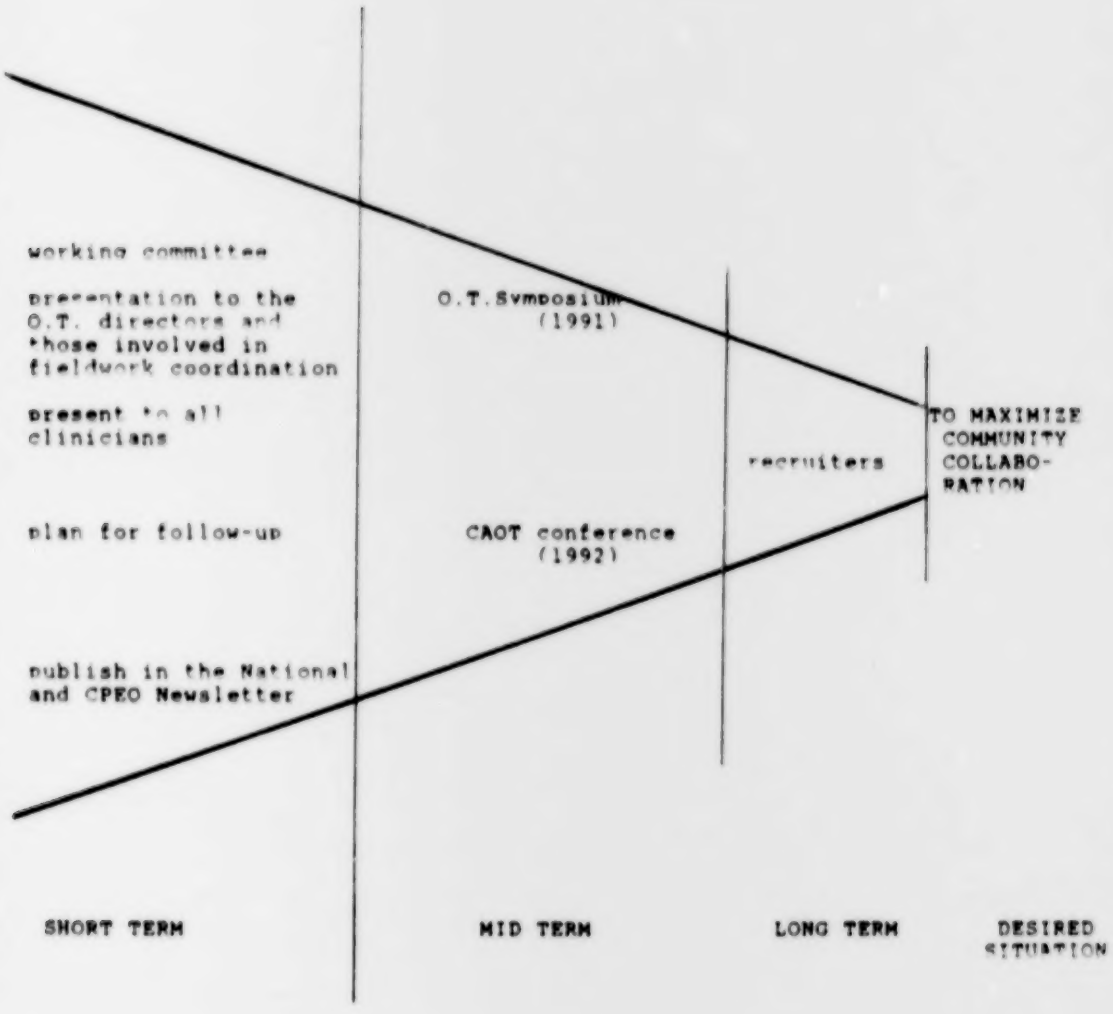
There should be one member from the university and one member of the group for these presentations

8. To act as recruiters
These people should identify the recruitment strategies and define a mechanism by which we can provide support to those who experience difficulty with fieldwork education. In a way, we should all be recruiters. However, we need specific people to take on the responsibility for that.

Members: Martine et Catherine

The group was quite satisfied with the plan and being conscious that this is time consuming, they were prepare to committ themselves. Danielle will organise the first meeting of the coordinating group and we will develop a mechanisin to keep people informed.

E. ENDING OF THE RESEARCH

With this session ended the action part of the research process.

OUR MARKETING PLAN OVER TIME